



Tilsynsrapport

Hjemmesygepleje ved Attendo, Gribskov Kommune, Helsingør Reaktivt Tilsyn, 2017

Hjemmesygepleje ved Attendo, Gribskov Kommune, Helsingør
Rådhusvej 3

3200 Helsingør

CVR- eller P-nummer: 38009834

Dato for tilsynet: 12-09-2017

Tilsynet blev foretaget af:

Oversygeplejerske Charlotte Kern og oversygeplejerske Helle Lerche Nordlund

Sagsnr.: 5-9011-1668/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 17. januar 2018 fra ATTENDO, Helsingør modtaget høringssvar samt status på krav og dertil hørende handlinger. Det fremgår af høringssvaret, at Attendo har gjort en række tiltag for at bringe de påpegede fejl og mangler i orden. Det ændrer imidlertid ikke på styrelsens vurdering af, at de anførte målepunkter ikke er opfyldt, da det ikke alene på baggrund af disse kan konstateres, om ændringerne er tilstrækkeligt implementeret og har haft den nødvendige virkning i praksis. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 1. marts 2018 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet straks skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside og på sundhed.dk. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

Vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 12. september 2017 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter inden for alle områder af tilsynet, og at fejl og mangler var gennemgående i stikprøverne.

Styrelsen har således lagt vægt på, at ledelsen ikke havde sikret sig, at personalet var introduceret og derved bekendt med de gældende instrukser på det sundhedsfaglige område. Derudover at ledelsen ikke havde sikret sig, at instrukserne var opdateret og let tilgængelige for personalet. Yderligere havde ledelsen ved tilsynet ikke overblik over personalets konkrete kompetencer i forhold til, hvilke opgaver den enkelte medarbejder kunne varetage.

Styrelsen har endvidere lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation i alle tre omsorgsjournaler var meget mangelfuld og præget af manglende systematik, entydighed og overskuelighed, hvilket rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden. Fravær af væsentlige helbredsoplysninger, herunder sygdomme/funktionsnedsættelser betyder således, at det er vanskeligt at få et hurtigt overblik over patientens aktuelle helbredssituation, behov for pleje og behandling samt iværksat pleje og behandling. Det er ligeledes vanskeligt i forhold til at kunne sikre tilstrækkelig kontinuitet i pleje og behandling af patienten, samt at kunne håndtere en eventuel akut opstået situation hurtigt og relevant.

Styrelsen har endelig lagt vægt på, at der vedrørende medicinhåndteringen var flere mangler, herunder uoverensstemmelse mellem dispenseret medicin og medicinliste samt manglende dokumentation i medicinlisten og journalen.

Det er styrelsens vurdering, at de fundne fejl og mangler i medicinhåndteringen samlet set rummede en betydelig risiko for, at patienterne ikke fik korrekt medicin. Tillige at fejl og mangler i medicinhåndteringen som udgangspunkt rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 29. juni 2017 en henvendelse fra Gribskov Kommune. Af henvendelsen fremgik det, at Gribskov Kommune havde udliciteret hjemmesygeplejen til det private firma Attendo, og at kommunen var bekymret for patientsikkerheden i hjemmesygeplejen specifikt i Helsingør, Frederiksborgvej 4, 3200 Helsingør. Bekymringen var opstået på baggrund af dels to specifikke borgersager dels henvendelser fra praksiskonsulenten og visitatorer i myndigheden samt ved patientsikkerhedsarbejdet med utilsigtede hændelser. Kommunen medsendte kommunens tilsynsrapport samt handleplan for opfølgning. Af henvendelsen fremgik endvidere omtale af to klagesager, hvor kommunen selv havde udtalt kritik. Det var Gribskov Kommunes vurdering, at Attendo ikke havde formået at rette op i tilstrækkelig grad.

Ud fra de forelagte oplysninger fandt styrelsen behov for at gennemføre et reaktivt tilsyn den 12. september 2017 i Hjemmesygeplejen, Helsingør området, som blev varetaget af Attendo.

Baggrund:

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende kilder:

Gennemført reaktivt tilsynsbesøg den 12. september 2017

Modtaget materiale før tilsynsbesøget af relevans for tilsynet:

- Tilsynsrapport Attendo fra BDO november 2016
- Påbud fra Gribskov Kommune til Attendo af henholdsvis den 22. maj 2017 og den 23. juni 2017

Modtaget efter tilsynsbesøget:

- Notat fra Attendo angående bemanding; på anmodning fra styrelsen
- Notat fra Attendo angående handleplan efter tilsynet, uopfordret.
- Indhentet journalmateriale fra de tre borgere som tilsynet gennemgik som stikprøver

Gribskov Kommune havde anmodet revisionsfirmaet BDO om at føre tilsyn med Attendo, privat leverandør af sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp. BDO's tilsynsrapport af november 2016 var udarbejdet på baggrund af tilsyn med tre hjemmepleje/-sygeplejeenheder i henholdsvis Gilleleje, Græsted og Helsingør. Af rapporten fremgik det, at BDO fandt, at Attendo havde sikret et vist kvalitetsløft siden sidste tilsyn i form af flere ansatte sygeplejersker og omorganisering af personale i mindre grupper, relevant undervisning, samt tjeklister og procedure for medicinhåndtering. BDO vurderede samlet set, at der fortsat var behov for en målrettet og bevidst indsats særligt i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation, herunder udarbejdelse af handleplaner og opfølgning heraf, sygeplejefaglig udredning og handleplaner i forbindelse med delegering af sygeplejefaglige opgaver til anden leverandør. BDO bemærkede ligeledes i rapporten, at

personalet ikke havde specielt kendskab til principperne omkring delegering af komplekse plejeopgaver/sygeplejeopgaver.

Af Gribskov Kommunens påbud af 22. maj 2017 til Attendo fremgik det, at kommunen havde fundet at Attendos håndtering af et konkret borgerforløb med gentagne indlæggelser og udskrivelser fra hospital til fortsat pleje og behandling i hjemmet, havde været kritisabelt. Kommunen vurderede, at der var sket alvorlige fejl i forløbet med risiko for patientsikkerheden. Af Gribskov Kommunens påbud af 23. juni 2017 til Attendo fremgik det, at kommunen havde fundet, at Attendos pleje og behandling af en konkret borger med behov for sårpleje og dokumentation heraf, havde været kritisabel. Kommunen vurderede, at de konstaterede fejl og mangler var særligt alvorlige, idet der var påvist forhold med betydning for patientsikkerheden. Begge påbud var givet til Attendo i Helsingør. Gribskov Kommune havde i de ovenstående tilfælde modtaget handleplaner fra Attendo med beskrivelser af indsatser og tidsplan for evaluering heraf med henblik på at rette op på de kritisable forhold.

Med baggrund i indberetningen og gennemgangen af det tilsendte materiale, blev det besluttet, at varsle et tilsynsbesøg til den 12. september 2017. Tilsynet skulle tage udgangspunkt i de fastlagte målepunkter for akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje samt særligt have fokus på:

- Patientforløb og journalføring
 - Hvordan patientens aktuelle og potentielle problemer beskrives
 - Hvordan den aktuelle pleje, opfølgning og evaluering beskrives
 - Om der forefindes en oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, samt aftaler med behandlingsansvarlig læge
- Kompetence
 - Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling.

Fund fra tilsynsbesøget fremgår af kapitel 3.

Efter tilsynsbesøget modtog styrelsen på anmodning den 13. september 2017 fra Attendo en oversigt over samlet bemanning af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i Gribskov Kommune. Det fremgår eksempelvis at weekendbemanningen var planlagt til 3-4 sygeplejersker i hele kommunen.

Ved interview under tilsynet blev det oplyst, at en enkelt sygeplejerske havde den ansvarshavende sygeplejevagt for hele kommunen i en weekend.

Den 27. september 2017 modtog styrelsen en redegørelse fra Attendo med beskrivelse af de indsatser, som Attendo havde iværksat på baggrund af den mundtlige tilbagemelding ved tilsynet den 12. september 2017. Det drejede sig om følgende områder; sygeplejefaglig udredning, medicin håndtering, sundhedsfaglig dokumentation, introduktion af nye medarbejdere, ledelse, rekruttering og kommunal kvalitetskontrol.

Af det tilsendte materiale fremgår det, at Attendo havde haft problemer med at rekruttere sygeplejersker, og at der gennem en længere periode havde været 5 vakante stillinger ud af 13 normerede stillinger. Attendo oplyste endvidere, at kvalitet og kontinuitet i sygeplejedydelserne ikke havde været tilfredsstillende, og at de derfor havde iværksat forskellige tiltag i forhold til rekruttering af kvalificeret personale.

Sammenfatning af hovedfund fra tilsynsbesøget den 12. september 2017

Ved interview med ledelse og medarbejdere fandt styrelsen, at instrukser og lokale vejledninger ikke var kendt af det tilstedeværende personale. Personalet oplyste, at de ikke var introduceret til instrukserne, og sygeplejersken var derfor heller ikke bekendt med retningslinjer for videredelegering af sygeplejefaglige opgaver til anden leverandør.

På forespørgsel oplyste en sygeplejerske, at sygeplejerskerne i Attendo varetog opgaver med iv-medicin. Sygeplejersken var ikke bekendt med Gribskov Kommunes instruks for iv-medicin. På forespørgsel oplyste personalet, at de ikke kendte til Pleje-Gribskovs akutfunktion og heller ikke, at de kunne få hjælp derfra til akutte og komplekse opgaver og/eller få råd og vejledning. Kvalitetschef Lone Teglbjærg oplyste, at akutfunktionens telefonnummer og brugen heraf var formidlet til Attendo.

Ved tilsynet kunne personalet ikke finde de oplysninger, der omhandler målepunkterne 3 (Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer), 4 (Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge) og 5 (Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering), samt de interne foreskrevne retningslinjer for delegation af sygeplejefaglige opgaver:

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

Det fremgik ved tilsynet, at de tilstedeværende ikke var inde i de lokale forhold, idet de ansatte ikke kendte til den instruksmappe, som stod på kontoret. Instruksmappen var derudover af ældre dato end de seneste reviderede instrukser, som styrelsen havde fået tilsendt inden tilsynet. De ansatte oplyste ligeledes, at de ikke introduceret til PPS-IT baseret kliniske vejledninger.

- Ved tilsynet var 8 af 9 målepunkter ikke opfyldt i henhold til "Patientforløb og journalføring".

Helt overordnet konstaterede styrelsen ved tilsynet, at personalet ikke var bekendt med de udfærdigede instrukser og vejledninger.

Der manglede i journalerne en oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlige læge. Den aktuelle beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering var ikke fyldestgørende. Ligesom den sygeplejefaglige vurdering og dokumentation af en videredelegeret opgave vedrørende udlevering af medicin til patienten ikke fremgik entydigt af omsorgsjournalen. Der var i omsorgsjournalen ikke en beskrivelse af habilt samtykke til pleje og behandling, samt hvorvidt patienterne selv kunne varetage egne interesser. Endvidere fandt tilsynet, at der blev gjort brug af fælles adgang til journalen for vikarer.

- Ved tilsynet var 15 af 25 målepunkter ikke opfyldt i henhold til "Medicinhåndtering".

Vedrørende medicinhåndtering var der særlige mangler, herunder eksempelvis uoverensstemmelse mellem ophældt medicin og det i medicinlisten anførte, medicinlisten var ikke ført entydigt og systematisk, desuden var der ikke korrekt opbevaring af ikke-aktuel medicin samt overskredet holdbarhedsdato. Tilsynet fandt helt overordnet, at personalet ikke havde kendskab til de instrukser og vejledninger, der var udfærdiget på området.

- Ved tilsynet var 5 af 11 målepunkter ikke opfyldt i henhold til "Generelt".

Ved tilsynet manglede en instruks omhandlende patienternes behov for behandling, samt det overordnede problem at personalet ikke kendte til instrukser og vejledninger. I 3 af 3 stikprøver var der ikke dokumenteret samtykkekompetence og handleevne i journalen.

- Øvrige fund: Instruksmappen var ikke opdateret og indeholdt således ikke de nyeste versioner af instrukserne.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

Krav:

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

- at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 1)
- at ledelsen sikrer, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for sundhedsfaglige dokumentation, og at personalet følger denne (målepunkt 1)
- at ledelsen sikrer, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for fravalg af livsforlængende behandling, og at personalet følger denne (målepunkt 2)
- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 3)
- at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme. (målepunkt 5)
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 6)
- at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig og systematisk og føres i én journal (målepunkt 7)
- at ledelsen sikrer, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne målepunkt (8)
- at ledelsen sikrer, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud, og at personalet følger denne (målepunkt 9)
- at ledelsen sikrer, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, og at personalet følger denne (målepunkt 10)
- at ledelsen sikrer, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for intravenøs behandling med lægemidler, og at personalet følger denne (målepunkt 11)
- at der er overensstemmelse mellem den ordnede og den i medicinlisten anførte medicin (målepunkt 16)
- at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 17)
- at medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 20)
- at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne /doseringsposerne (målepunkt 21)

- at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning (målepunkt 22)
- at doseringsæsker/-poser mærkes med patientens navn og personnummer (målepunkt 25)
- at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 28)
- at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato (målepunkt 30)
- at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning (målepunkt 30)
- at personalet kender og følger instruksen for kompetence samt ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 31)
- at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 32)
- at personalet har kendskab til og følger instrukser for rammedelegation (målepunkt 36)
- 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 38)
- At der føres tilsyn med udførelsen af hjemmesygepleje med særlig opmærksomhed på sundhedsloven
- Instrukser omhandlende delegation til personalet opfylder lovgivning og vejledning på området.

2. Fund ved tilsynet

↑ Tilbage til vurdering

Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>	x			Styrelsen bemærkede, at der blev gjort brug af fælles adgang til journalen for vikarer.
1b:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruks</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
2a:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
2b:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruks</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I alle tre stikprøver var der væsentlige mangler i beskrivelse og vurdering af patientens potentielle og aktuelle problemer indenfor de 12 sygeplejefaglige problemområder.
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I alle tre stikprøver var der væsentlige mangler i oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser. Ligesom der var væsentlige mangler i beskrivelsen af aftaler med behandlingsansvarlige læge om kontrol og behandling af patientens kroniske sygdomme og handicap.
5:	<u>Aktuel beskrivelse af</u>		x		I alle tre stikprøver var der væsentlige

	<u>pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>				mangler i beskrivelse, opfølgning og evaluering af patientens aktuelle problemer. Eksempelvis fremgik det ikke entydigt om en patient havde behov for permanent behandling med ilt, der manglede opfølgning på behov for tandlæge og høreapparat samt evaluering af ernæringsproblem. Ligesom opfølgning og evaluering af stærkt smertestillende medicin ikke konsekvent blev dokumenteret.
6:	<u>Informeret samtykke</u>		x		I to af de tre stikprøver var dokumentation af patientens informeret samtykke til pleje og behandling ikke dokumenteret.
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>		x		Den sundhedsfaglige dokumentation var ikke entydigt og systematisk ført, hvilket bevirkede at dokumentation var uoverskuelig. Det var eksempelvis vanskeligt at finde relevante oplysninger om patienten, da der var usikkerhed om hvor hvad skulle dokumenteres og om hvorvidt alle data var overført fra den gamle journal til den nye journal.

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
8b:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>		x		Ved interview af personale, samt gennemgang af journaler, fandt tilsynet at personalet ikke var bekendt med de gældende instrukser.
9a:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
9b:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til

	<u>kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>				instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
10a:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>	x			Der var en instruks, men denne indeholdt ikke en sikring af lægens forudgående ordination hos den enkelte patient og lægens tilhørende ordination/ændring i FMK, ved nedtrapning af behandling med tabl. Paracetamol.
10b:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
11a:	<u>Intravenøs behandling med lægemidler. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
11b:	<u>Intravenøs behandling med lægemidler. Personalet kender og følger instruksen</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
12:	<u>Dokumentation af intravenøs behandling</u>	x			
13:	<u>Dato for ordination og / eller seponering</u>	x			
14:	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>	x			
15:	<u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>	x			
16:	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>		x		Tilsynet fandt i én af tre at der manglede pn allergimedicin på medicinlisten, der fandtes ingen ordination i journalen.
17:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>		x		I alle tre stikprøver var der flere præparater, hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik af medicinlisten.

18:	<u>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	x			
19:	<u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>	x			
20:	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>		x		I én stikprøve af de tre stikprøver var medicinlisten ikke ført entydigt og systematisk, hvilke medførte at antallet af tabletter i doseringsæskerne ikke var korrekt (se fund i forhold til dette under pkt. 21).
21:	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>		x		I én af de tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem antal piller på medicinlisten med antal piller i doseringsæskerne.
22:	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>		X		I to af de tre stikprøver manglede enkelte af de ordinerede præparater i medicinbeholdningen.
23:	<u>Dispenseret pn. medicin</u>			x	
24:	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	x			
25:	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>		x		Tilsynet fandt i 1 af 3 stikprøver doseringsæsker der manglede navn og/eller cpr nummer.
26:	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	x			
27:	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>	x			
28:	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>		x		I to af tre stikprøver var medicin i brug ikke adskilt fra medicin, der ikke var i brug. Der var i to af medicinbeholdningerne flere glas med samme præparater, men med forskellige handelsnavne og i forskellige styrker, hvilket har betydning for patientsikkerheden idet personalet kan tage fejl af glassene.
29:	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for</u>	x			

	<u>anvendelse heraf</u>				
30a:	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>		x		I to af de tre stikprøver havde enkelte præparater overskredet holdbarhedsdatoen.
30b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>		x		I én af de tre stikprøver manglede anbrudsdato på insulinpen.

Generelt

31a:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
31b:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
32a:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Tilsynet fandt ingen instruks på området. Kommunes repræsentant ville sikre, at der blev udfærdiget en sådan.
32b:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>		x		Ved interview med ledelsen og personalet blev det oplyst, dels at den ene medarbejder ikke var introduceret til instrukserne og dels at medarbejderne ikke var bekendt med, hvor de kunne finde instrukserne.
33:	<u>Håndhygiejne</u>	x			
34:	<u>Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.</u>	x			
35:	<u>Formelle krav til instrukser</u>	x			
36a:	<u>Instruks for rammedelegation. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Tilsynet fandt i "sygepleje instrukser og delegation" at de for nogle instruktors vedkommende ikke levede op til gældende lovgivning/vejledning

					angående lægens involvering i samt ordination i FMK.
36b:	<u>Instruks for rammedelegation.</u> <u>Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
37:	<u>Rammedelegation.</u> <u>Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</u>			x	
38:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>		x		I alle tre stikprøver var det ikke vurderet eller beskrevet om patienten helt eller delvist havde evnen til at give informeret samtykke til pleje og behandling

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
39: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		Instruksmappen var ikke opdateret og indeholdt således ikke de nyeste versioner af instrukserne

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Attendo Hjemmesygepleje, Frederiksborgvej 4, 3200 Helsingør. Styrelsen modtog i forbindelse med Gribskov Kommunes bekræftelse på modtagelse af brev omhandlende varslingsbrev om reaktivt tilsyn besked om at tilsynet skulle foregå på ovenstående adresse.
- Gribskov Kommune havde udliciteret både hjemmepleje og hjemmesygepleje til private leverandører, og i Helsingør området var det for nuværende Attendo, der havde licitationen på servicelovsydelse samt sundhedslovsydelse.
- Attendo Helsingør Hjemmesygepleje og Hjemmepleje var samlet i et fælles kontor, hvor alle ansatte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere mødte ind hver dag. Personalet var organiseret i mindre teams bestående af de tre faggrupper og varetog sygepleje- og hjemmeplejeopgaver for en gruppe af patienter/borgere. Det blev oplyst, at der tre gange ugentligt blev afholdt møde af en ½ times varighed, hvor patienterne/borgerne blev gennemgået og triageret med henblik på monitorering af pleje og behandling, ligesom sygeplejerskerne underviste og vejledte plejepersonalet.
- Attendo Hjemmesygepleje samarbejdede og videredelegerede sygeplejeopgaver til andre leverandører af hjemmepleje i hele kommunen. I Helsingør området samarbejdede Attendo Hjemmesygepleje med leverandør af hjemmepleje BM-Pleje. Det blev oplyst, at BM-Plejers personale, som varetog de videredelegerede sygeplejeopgaver, ikke deltog i de ugentlige "triagemøder" med sygeplejerskerne eller på anden måde holdt møder med sygeplejerskerne. Personalet og ledelsen oplyste, at de ikke havde fysiske møder med BM-Pleje, men at al kommunikation foregik pr. telefon og via dokumentation i omsorgsjournalen. Personalet oplyste i den forbindelse, at samarbejdet med BM-Pleje til tider var anstrengt, idet personalet oplevede, at der blev talt dårligt om dem, og at det derfor kunne være ubehageligt at komme i et hjem, hvor både Attendo og BM-Pleje havde opgaver.

Om tilsynet

Tilsynsbesøget blev varslet den 4. september 2017.

Styrelsen blev ved tilsynsbesøget modtaget af områdechef Eva Koefoed fra Attendo, en sygeplejerske samt en social og sundhedsassistent. Ved tilsynets start var den kommunale repræsentant Lone Teglbjærg ikke tilstede, hun kom imidlertid efter telefonisk henvendelse fra Attendos områdechef, efter ca. 1 time. Områdechefen oplyste, at hun ikke havde modtaget varslingsbrev med information om tilsynet og målepunkterne, hvortil kvalitetschef fra Gribskov Kommune oplyste, at varslingsbrev samt bilag var fremsendt. Sygeplejersken havde været ansat mindre end et år, og social- og sundhedsassistenten havde tidligere været ansat i Gribskov Kommunes kommunale hjemmepleje. De lokale sundhedsfaglige ledere var alle på kursus.

- Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til: områdechef Eva Kofoed fra Attendo, og Kvalitetschef Lone Tæglbjerg, Gribskov Kommune
- Tilsynet blev foretaget af: oversygeplejerske Charlotte Kern og oversygeplejerske Helle Lerche Nordlund

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Patientforløb og journalføring

1: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.

Det sikres ved interview og observation, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

2: Instruks om fravalg af livsforlængende behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for, hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem der i den konkrete sammenhæng anses for den behandlingsansvarlige læge
- Ansvar for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- Inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- Journalføring, herunder:
 - Oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling
- Genoplivningsforsøg
- Afbrydelse af behandling

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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. 9025 af 17/01/2014

[↑ Tilbage til oversigt](#)

3: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, og denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Problemområder, der skal være fagligt vurderet, og dokumenteret om det er aktuelle eller potentielle problemer:

- Funktionsniveau, for eksempel evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living)
- Bevægeapparat, for eksempel behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- Ernæring, for eksempel under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- Hud og slimhinder, for eksempel forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle
- Kommunikation, for eksempel evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- Psykosociale forhold, for eksempel arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- Respiration og cirkulation, for eksempel luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- Seksualitet, for eksempel. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- Smerter og sanseindtryk, for eksempel. akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- Søvn og hvile, for eksempel faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- Viden og udvikling, for eksempel behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- Udskillelse af affaldsstoffer, for eksempel inkontinens, obstipation, diarré

Specifikke målepunkter

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: Som minimum er det beskrevet, om der er dyspnoe ved hvile, tale – og/eller funktion, om der er hoste/ekspektorat, behov for pep-fløjte/CPAP, behov for ilt, hvorvidt der er cyanose, og om patienten ryger
- Søvn og hvile: Det er beskrevet, om der er søvnproblematik, sidder/ligger patienten, behov for sovemedicin

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

↑ **Tilbage til oversigt**

4: Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Der skal udarbejdes en oversigt over patienternes eventuelle sygdomme og funktionsnedsættelser, der har betydning for patientens aktuelle behandling, og potentielle problemer som behandles medicinsk, eller hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden. Denne 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.

Specifikke målepunkter:

Ved AK-behandling:

- Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR-målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor patienten er i AK-behandling

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

↑ **Tilbage til oversigt**

5: Aktuell beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbreds-mæssige 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 helbreds-mæssige 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.

Specifikke målepunkter:

Ved AK-behandling:

- Der er dispenseret medicin indtil svaret foreligger på næste planlagte blodprøve. Næste dispensering er allerede sikret planlagt i kalenderen
- Der skal være et ordinationsskema for AK-behandling

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: Observationer vedrørende respirationsstatus, inhalationsteknik, rygning, skift af iltkateter, rengøring og brug af inhalationsdevices

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

↑ **Tilbage til oversigt**

6: Informeret samtykke

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om information til patienterne eller de pårørende om planlagt pleje og behandling af patienten, og patientens eller de pårørendes stillingtagen hertil (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke).

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.

Referencer:

Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016

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 16/09/1998

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002

↑ Tilbage til oversigt

7: Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal

Den sundhedsfaglige dokumentation skal;

- Føres overskueligt og systematisk i én journal
- Være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling
- Opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring

Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse dele omhandler.

Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal (ved for eksempel indskanning) eller i separat papir journal. Dokumentationen skal opbevares i mindst 5 år for sygeplejefaglige optegnelser og 10 år for lægelige patientjournaler.

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

↑ Tilbage til oversigt

Medicinhåndtering

8: Instruks for medicinhåndtering

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Den skriftlige instruks skal beskrive

- Kontrol af at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- Personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhåndtering
- Dokumentation af medicinordinationer
- Identifikation af patienten og patientens medicin
- Hvordan medicin dispenseres
- Medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin
- Hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt

Alle ovenstående elementer skal være beskrevet, og det skal fremgå, hvilke kompetencer personalet, der varetager opgaverne, skal have.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

9: Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Ledelsen skal sikre, at der er instrukser for personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger (oftest praktiserende læge) ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles MedicinKort) eller anden udformet medicinliste fra lægen.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

10: Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin.
- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning
- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

↑ Tilbage til oversigt

11: Intravenøs behandling med lægemidler

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for intravenøs behandling med lægemidler (iv-behandling), hvis dette foretages i akutfunktionen.

Instruksen skal beskrive personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, herunder anlæggelse, kontrol og pleje af perifert venekateter samt lægemiddelhåndteringen.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

↑ Tilbage til oversigt

12: Dokumentation af intravenøs behandling

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at personalet dokumenterede den udførte intravenøse behandling, og at denne fulgte ordinationen af medicin og den gældende instruks.

↑ Tilbage til oversigt

13: Dato for ordination og / eller seponering

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011

↑ Tilbage til oversigt

14: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen, hvor lægerne har ordineret medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

15: Behandlingsindikationer skal fremgå

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

16: Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

17: Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

18: Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

19: Enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn. Medicin

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn. medicin fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

20: Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

21: Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poser.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

↑ Tilbage til oversigt

22: Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen

Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

↑ Tilbage til oversigt

23: Dispenseret pn. medicin

Ledelse og personale 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.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

↑ Tilbage til oversigt

24: Identifikation ved medicinudlevering

Udlevering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år eller ved sikker genkendelse.

Personalet kan redegøre for proceduren for udlevering af medicin, der skal overholde gældende love og vejledninger.

Referencer:

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13/12/2013

↑ Tilbage til oversigt

25: Doseringsæsker er mærket korrekt

Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.

Referencer:

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13/12/2013

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

26: Medicinen opbevares forsvarligt

Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

[↑ Tilbage til oversigt](#)

27: Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt

Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

28: Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

29: Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Der skal forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017

[↑ Tilbage til oversigt](#)

30: Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet og der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud

Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling må ikke være overskredet.
Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

Generelt

31: Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling i forhold til sundhedsfaglige opgaver.
Den skriftlige instruks skal beskrive kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

32: Instrukser om patienternes behov for behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

33: Håndhygiejne

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard.

Der skal være beskrivelser for, hvordan personalet forebygger spredning af smitsomme sygdomme, herunder overholder den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

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

National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

34: Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.

Ledelsen skal sikre, at personalet ved udførelse af sundhedsfaglige opgaver, for eksempel medicinhandling, har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen, og at denne overholdes.

Ledelsen skal sikre tilstrækkelige og relevante hjælpemidler i forbindelse med behandling.

Personalet efterlever den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

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

National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

35: Formelle krav til instrukser

Ledelsen skal sikre, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser, herunder at de skriftlige instrukser er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de skal være forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.

Ledelsen skal sikre, at personalet introduceres til instrukserne.

Referencer:

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

↑ Tilbage til oversigt

36: Instruks for rammedelegation

Ledelsen skal sikre, at der er skriftlige instrukser for rammedelegation, hvis dette anvendes på behandlingsstedet.

Der gennemgås instrukser for rammedelegation med henblik på, om disse beskriver omfang, og håndtering af rammedelegation patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen for rammedelegation, samt at ledelsen har sikret, at personalet har den fornødne viden og kompetence om indhold af, og ansvar i relation til eventuelle rammedelegationer.

Referencer:

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

↑ Tilbage til oversigt

37: Rammedelegation. Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation

Det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, at instrukser for rammedelegation er fulgt, og at rammedelegation er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Referencer:

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

↑ Tilbage til oversigt

38: Samtykkekompetence/handleevne

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, om patienten vurderes 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 af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010

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 16/09/1998

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002

↑ Tilbage til oversigt

Øvrige fund

39: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

↑ Tilbage til oversigt

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 vil styrelsen som hidtil have et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol i form af fx tilsynsbesøg eller anden undersøgelse, 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, ligsynssager, klagesager eller medieomtale.

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 tilsynsbesøg 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. Efter tilsynet får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering. Der laves derefter en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet på samme måde, som det sker ved de planlagte tilsyn. Det er det

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

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for de to slags tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b.

Tilsynet

Et reaktivt tilsyn kan både være varslet og uvarslet. Uvarslede tilsyn 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 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 behandlingsstedet⁴. 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 journaloplysninger⁵.

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, som er tilsendt, 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.

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.⁶

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁷.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
3. Kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁶ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

⁷ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

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.⁸

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 tilsynsbesøg⁹, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁸ Se sundhedsloven § 215 b

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1