



Tilsynsrapport

PlejeGribskov, Toftebo Rehabilitering, Akut og midlertidige pladser

Reaktivt tilsyn, 2017

**PlejeGribskov, Toftebo Rehabilitering, Akut og midlertidige
pladser**
Toftebovej 7B

3230 Græsted

CVR- eller P-nummer: 1019490943

Dato for tilsynet: 31-10-2017

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-1687/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i parthøringsperioden modtaget følgende materiale : ”instruks for nedtrapning af Paracetamol”, hvori det præciseres at nedtrapningen skal forudgås af orientering til, og i samarbejde med, den behandlingsansvarlig læge. Det indkomne materiale er vurderet, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet, og foretager sig ikke yderligere.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 31. oktober 2017 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på følgende kilder:

- Reaktivt tilsyn på baggrund af tidligere reaktivt tilsyn i distrikt Helsingør, hjemmesygeplejen, udliciteret til privat leverandør.
- Ved tilsynet er der udtaget tre stikprøver på journaler.
- Instrukser/ delegationer er tidligere tilsendt, og der er fundet behov for præciseringer.

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for patientsikkerhed har fundet anledning til at komme på et reaktivt tilsyn på Pleje Gribskov, Toftebo, akut og midlertidige pladser samt rehabilitering. Dette er foranlediget af et tidligere reaktivt tilsyn i Gribskov kommunes hjemmepleje, Helsingør distrikt, som er udliciteret til private leverandører. Ved det tidligere tilsyn fandt Styrelsen for Patientsikkerhed fejl og mangler, der gav anledning til bekymring for

patientsikkerheden og fandt det således nødvendigt at komme på tilsyn i de øvrige distrikter, samt på Gribskov kommunes akut og midlertidige pladser.

Styrelsen har i forbindelse med det tidligere tilsyn fået tilsendt gældende instrukser, hvorfor tilsynet ikke har gennemgået alle instrukser på ny ved dette tilsyn. Tilsynet havde påtalt overfor ledelsen at beskrivelsen i "sygeplejeinstrukser og delegation" angående nedtrapning af Paracetamol, skulle tydeliggøres og det skulle præciseres, at det altid skal forudgås af lægelig ordination til den enkelte patient.

Fund

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af tilsynet fremstod Toftebo sundhedsfagligt velorganiseret med generelt gode procedurer og en acceptabel grad af systematik i instruks-samlingen samt i formidlingen heraf.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende Toftebos procedurer og instrukser blev vurderet at være opfyldt, selv om der manglede præcisering af konkret lægeinvolvering i enkelte instrukser. Det var indtrykket, at der var stor lydhørhed for at få rettet op på de påviste mangler. De mangler, der blev fundet i relation til journalføringen, var i et vist omfang relateret til journalsystemets indretning og dermed overskueligheden af at sikre oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.

Sammenfatning af fund

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

Der manglede præcisering om lægeordination i enkelte instrukser, i en i øvrigt systematisk og fyldestgørende dokumentsamling af instruksmateriale udarbejdet på overordnet niveau i kommunen. Derudover var der en instruktionsmappe med kompetenceskemaer og informationer til nye medarbejdere på de akut forekommende opgaver, samt de almindeligt forekommende opgaver med afkryds skema for opnåelse af færdigheder på områderne. Journalføringen af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser var i de udtagne stikprøver usystematisk og delvist mangelfuld. Der blev fundet enkelte fejl i håndteringen af medicin, herunder utilstrækkelig opmærksomhed på nødvendigheden af, at AK behandling skal påføres medicinlisten efter lægens ordination, således at der kan tælles korrekt ved udlevering af medicin. Endelig forekom en patients smertestillende creme i forkert medicinkasse, cremen var ikke anbrudt, og der var tydelig navn og cpr nummer påført.

Ledelsen oplyste under tilsynet at akutfunktionen ikke blev brugt efter hensigten, idet der var for få henvendelser fra andre leverandører i kommunen. De oplyste i den forbindelse, at de allerede havde haft møder med de praktiserende læger, samt de øvrige leverandører i kommunen. Formålet med oplysningsmøderne var at informere samarbejdspartnere om akutsygeplejens kompetencer og hvilke opgaver de kunne varetage.

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

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

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

Styrelsen anmoder om at få tilsendt de tilrettede "sygeplejeinstrukser og delegationer" på : Nedtrapping af Paracetamol

Den tilrettede instruks/delegation bedes fremsendt indenfor 3 uger.

Styrelsen anmoder om at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

2. Fund ved tilsynet

↑ Tilbage til vurdering

Patientforløb og journalføring

<u>Målepunkt</u>		<u>Opfyldt</u>	<u>Ikke opfyldt</u>	<u>Ikke aktuelt</u>	<u>Fund og kommentarer</u>
<u>1a:</u>	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
<u>1b:</u>	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
<u>2a:</u>	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			

<u>2b:</u>	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
<u>3:</u>	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	x			
<u>4:</u>	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I tre af tre stikprøver manglede der en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. Toftebo havde en TRIAGE liste hvor diagnoserne fremgik, men denne liste var kun aktiv så længe patienterne var indskrevet på Toftebo, og den blev ikke efterfølgende gemt i journalen.
<u>5:</u>	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	x			
<u>6:</u>	<u>Informeret samtykke</u>	x			
<u>7:</u>	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	x			

Medicinhåndtering

<u>Målepunkt</u>	<u>Opfyldt</u>	<u>Ikke opfyldt</u>	<u>Ikke aktuelt</u>	<u>Fund og kommentarer</u>	
<u>8a:</u>	<u>Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks</u>	x			

<u>8b:</u>	<u>Instruks for medicinhandtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
<u>9a:</u>	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
<u>9b:</u>	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
<u>10a:</u>	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
<u>10b:</u>	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
<u>11a:</u>	<u>Intravenøs behandling med lægemidler. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
<u>11b:</u>	<u>Intravenøs behandling med lægemidler. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
<u>12:</u>	<u>Dokumentation af intravenøs behandling</u>			x	
<u>13:</u>	<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		I en af tre stikprøver fandt tilsynet at for A-K behandling manglede der angivelse af antal tabletter og mg i medicinlisten. Det var alene beskrevet i bemærkningsfeltet, og uden henvisning til ordination i journalen.
17:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	x			
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			
21:	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>	x			
22:	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>	x			
23:	<u>Dispenseret pn. medicin</u>			x	
24:	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	x			

<u>25:</u>	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>	x			
<u>26:</u>	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	x			
<u>27:</u>	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>		x		I en af tre stikprøver fandt tilsynet at en patients smertestillende creme var sammenblandet med en anden patients medicin.
<u>28:</u>	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>	x			
<u>29:</u>	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	x			
<u>30a:</u>	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>	x			
<u>30b:</u>	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>	x			

Generelt

<u>31a:</u>	<u>Personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
-------------	---	---	--	--	--

31b:	<u>Personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
32a:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
32b:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
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 drøftede de mangler der var i instruksen, gående på en manglende præcisering af, at medicinændringer altid skal forudgås og ordineres af behandlende læge. Toftebo tilkendegav at de vil rette instrukserne til.
36b:	<u>Instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
37:	<u>Rammedelegation. Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</u>			x	

<u>38:</u>	<u>Samtykkekompetence/ handleevne</u>	x			Der var en god dialog om at Toftebo fremadrettet, med fordel kunne uddybe borgernes handlekompetence til at give samtykke til forskellige emner.
------------	---	---	--	--	--

Øvrige fund

<u>Målepunkt</u>		<u>Ingen fund</u>		<u>Fund og kommentarer</u>
<u>39:</u>	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	x		<u>Styrelsen</u> havde som formål at interviewe og evt. genfinde i journalerne dokumentation på samarbejdet med øvrige leverandører. Personalet oplyste at de indimellem blev kontaktet af øvrige leverandører for at give sparring telefonisk, eller køre ud til assistance. Ledelse og personalet ønskede at blive brugt mere og bedre, og ville igangsætte en informationskampagne snarest.

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Toftebo ledes af Centerleder Rikke Melhede, som var til stede ved tilsynet. Derudover var teamleder, sygeplejefaglig leder, to sygeplejersker og Kvalitetschef i Gribskov kommune Lone Teglbjærg tilstede ved tilsynet.
- Toftebo er en del af PlejeGribskov, som er et kommunalt drevet center for midlertidigt ophold. Der er således både akutte pladser som de praktiserende læger råder over, og midlertidige pladser der benyttes indtil borgeren kan flytte til plejehjem, og rehabiliterende pladser til afklaring og træning. Der er 33 pladser i alt, herunder 2 akutte pladser, og det er planen at udvide til 37 pladser ultimo 2017. Der er i gennemsnit 60 borgere der henholdsvis indskrives /udskrives igennem Toftebo hver måned.

Personalet har en udekørende funktion, som kan bruges akut af alle leverandører indenfor pleje og omsorg, kommunale som private. Der holdes møder med leverandører og praktiserende læger i forhold til at gøre opmærksom på de kompetencer centret har. Belægningsprocenten er på 65 %. Der holdes visitationskonference ugentligt, og der er et godt samarbejde med de udegående læger/ sygeplejersker fra sygehuset.

- Personalet består af ca. 35 medarbejdere, fortrinsvis sygeplejersker, sosu- assistenter, fysioterapeut og ergoterapeut, foruden hjælpepersonale til administration, madlavning samt rengøring. En del af personalet har efteruddannelse i specialsygepleje som f.eks. sår eller palliation. Der undervises i: Nænsom nødværge og der gøres brug af materiale fra projektet: Patientsikkert sygehus/ center. Personalet deltager i Akut simulation på Hillerød sygehus. Alle har førstehjælpskursus. Der triageres dagligt på storskærme og der er mindre skærme på vej ud til alle borgere i centeret.
Der foretages intern kontrol af medicin håndtering, én doserer, én anden kontrollerer, der foretages årlige audits af sygeplejefaglig leder, og der foretages lokale stikprøver med baggrund i målepunkterne fra Styrelsen for Patientsikkerhed.
- Nyansatte får tildelt en mentor, som står for introduktionen, og der evalueres efter 3 mdr.

Om tilsynet

- Tilsynet har valgt at bruge målepunkterne fra det kommunale tilsyn til akutpladser, som er medsendt varslingsbrevet af 12. oktober 2017. Tilsynet har haft særlig fokus på målepunkterne:

Punkt 3, Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Punkt 4, Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Punkt 5, Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Punkt 31, Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks

Derudover har Styrelsen spurgt ind til samarbejde med øvrige leverandører af pleje, omsorg og behandling. Dette er indført under : øvrige fund ;punkt 32

- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til Centerleder Rikke Melhede og Kvalitetschef Lone Teglbjærg.
- Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Helle Lerche Norlund og oversygeplejerske Charlotte Kern

3. Bilag

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.

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

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 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:

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.

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

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](#)