



# Tilsynsrapport

## Attendo Frederikssund Plejehjem A/S

Reaktivt tilsyn, 2019

**Attendo Frederikssund Plejehjem A/S**  
**Lærkevej 11**  
**3600 Frederikssund**

CVR- eller P-nummer: 38930354

Dato for tilsynsbesøget: 12-11-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2011-2389

## Vurdering

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 6. januar 2020 modtaget høringssvar. Høringssvaret bestod af en handleplan som beskriver en række tiltag, der er iværksat med henblik på at sikre patientsikkerheden fremadrettet, blandt andet udarbejdelse og implementering af instruks for sundhedsfaglig dokumentation, undervisning af medarbejdere i journalføring og sygeplejefaglige vurderinger samt opdatering af journaler. Derudover har behandlingsstedet iværksat tiltag for at sikre forsvarlig medicinhandling.

Behandlingsstedet har i høringssvaret anført, at man var undrende over for formulering vedrørende fund i den sundhedsfaglige dokumentation. Styrelsen har efterfølgende været i dialog med behandlingsstedet omkring dette.

Behandlingsstedet har i høringssvaret påpeget en faktisk fejl, som er korrigeret.

Styrelsen anerkender, at der er iværksat relevante tiltag for at sikre patientsikkerheden. Det er dog styrelsens vurdering, at det ikke alene på baggrund af de fremsendte beskrivelser kan konkluderes, at tiltagene er tilstrækkeligt implementeret.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der samlet set er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Påbud offentliggøres på [stps.dk](http://stps.dk) og [sundhed.dk](http://sundhed.dk). Når vi konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

### Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 12. november 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

#### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Et varslet reaktivt tilsynsbesøg, hvor følgende blev gennemgået: Drøftelse og gennemgang af sundhedsfaglige instrukser, gennemgang af medicinhandling og medicinopbevaring for tre patienter, journalgennemgang på fire patienter, interview af ledere og personale samt observationer med henblik på at vurdere de sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der generelt manglede en systematisk tilgang til den sundhedsfaglige dokumentation, og der var uopfyldte målepunkter om behandlingsstedets journalføring i form af manglende overskuelighed. Personalet var ikke tilstrækkeligt oplært i anvendelsen af dokumentationssystemet til at kunne sikre dokumentation af relevante oplysninger, og der var dermed risiko for mangler i dokumentationen af væsentlige observationer. Derudover var personalet ikke var instrueret og tilstrækkeligt oplært, i brugen af nødvendige funktionaliteter i medicinmodulet og manglede derfor det fornødne overblik over patienternes medicinordinationer. Desuden manglede personalet tilstrækkelig oplæring til at kunne dokumentere relevant oplysninger i medicinmodulet. Personale der havde ansvarshavende vagter, evt. sammen med vikarer uden adgang til dokumentationssystemet, havde ikke adgang til FMK-modulet.

Styrelsen for Patientsikkerhed anerkender, at behandlingsstedet er påbegyndt en proces omkring journalføring. Styrelsen konstaterede imidlertid ved tilsynet, at der var journaler på patienter som helt manglede aktuelle og relevante oplysninger og der dermed ikke var det nødvendige dokumentations- og videns grundlag, så behandlingsstedet kunne sikre forsvarlige pleje og behandling.

De journaler som var gennemgået siden patienternes indflytning, havde dog fortsat mangler, og der er således lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation var mangelfuld i forhold til beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer, at der ligeledes var manglende beskrivelse af aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering, samt manglende beskrivelser af patienternes retsstilling.

Det er styrelsens vurdering, at den mangelfulde journalføring samt manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på Attendo Fripvej og den resterende del af Frederikssund kommune, samt kommunikation med eksterne samarbejdspartnere og ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der fortsat pågik opbygning og udvikling af journalsystemet med henblik på, at sikre overskuelighed og systematik i journalføringen fremadrettet. Det er samtidig styrelsens vurdering, at der i forbindelse med en akut opstået situation er risiko for patientsikkerheden, idet det ikke er muligt at skaffe sig et hurtigt overblik over en patients aktuelle helbreds situation samt overblik over aktuell pleje og behandling.

Styrelsen har videre lagt vægt på, at der var fejl og mangler i relation til medicinhåndtering herunder uoverensstemmelse mellem dispenseret medicin og medicinliste. Tillige fulgte personalet ikke konsekvent instruks for medicinhåndtering. Det er styrelsens vurdering, at de fundne fejl og mangler i medicinhåndteringen rummer en risiko for, at patienterne ikke fik korrekt medicin.

Det er ligeledes styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinhåndteringen samt manglende systematik i håndtering af medicinen som udgangspunkt rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

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

## **Sammenfatning af fund**

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

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at de uopfyldte målepunkter fordelte sig over flere områder, herunder journalføring, medicin håndtering, patienters retsstilling og øvrige fund, således at 10 målepunkter ud af 14 blev vurderet ikke opfyldt.

Journalføring: I fire ud af fire journaler var den sundhedsfaglige dokumentation mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, manglende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, samt mangelfulde beskrivelser af aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge, manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. I en ud af de fire stikprøver var journalen ikke opdateret siden patienten boede i egen bolig i 2018.

Patienters retsstilling: I en ud af fire stikprøver var der ikke beskrevet patienternes evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. I to ud af fire stikprøver var der ikke dokumenteret, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til den behandlingsansvarlige læge.

Medicin håndtering: Der var fund i tre ud af tre medicinbeholdninger. Det omhandlede løse tabletter i beholdningen i en stikprøve. Tillige var der uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæsker i en ud af tre stikprøver, idet der var dispenseret ordineret medicin som ikke fremgik som dispenseret og i anden stikprøve manglede der ordineret medicin i beholdningen. Derudover var der i en ud af tre stikprøver, ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn i beholdningen og medicinlisten.

Der manglede systematik i medicinbeholdningen, idet en patients medicin blev opbevaret forskellige steder i boligen og det ikke var klart hvilken medicin der var i aktuel brug. Under observation samt ved gennemgang af medicinbeholdningen var det tydeligt, at personalet ikke fulgte instruksen for medicin håndtering.

Øvrige fund: Der forelå ingen *instruks for sundhedsfaglig dokumentation* der beskrev ledelsens anvisning for, hvordan personalet skulle føre den sundhedsfaglige journal og hvordan ansvarsfordelingen var i samarbejdet med den kommunale samarbejdspartner.

Der blev ved medicingennemgangen hos en ud af tre patienter, observeret meget urene doseringsæsker anvendt til aktuel patient behandling. Doseringsæskerne var ikke blevet rengjort ved synlig forurening eller ved fastlagte intervaller.

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:

- Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer (målepunkt 3)

- Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand (målepunkt 3)
- 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 (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- 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 (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende (målepunkt 11)
- 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 (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 14)

## Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 7. september 2019 og den 18. oktober 2019 en bekymringshenvendelse fra en anonym medarbejder fra Attendo Fripnejehjem. Bekymringen omhandlede blandt andet nogle sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet. Af henvendelsen fremgik det, at medarbejderne ikke havde adgang til journalerne, og at de ligeledes ikke var blevet undervist i det nye journalsystem, ligesom medarbejderne ikke kunne tilgå FMK-modulet.

### Fokus for tilsyn

På baggrund af bekymringshenvendelsen besluttede Styrelsen for Patientsikkerhed, at foretage et reaktivt tilsyn den 12. november 2019. Målepunkterne for tilsyn med plejeområdet 2019 blev anvendt.

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede i tilsynet på:

- Instrukser og arbejdsgange herunder kompetence, ansvars og opgavefordeling
- Journalføring
- Medicinhåndtering
- Hygiejne
- Patientrettigheder

## Fund ved tilsynet d. 12. november 2019

↑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		<p>I fire ud af fire stikprøver var dokumentationen ikke overskuelig og systematisk for social- og sundheds personalet, idet det var centersygeplejersken der udfyldte de sygeplejefaglige beskrivelser af patienternes aktuelle og potentielle problemer. Social- og sundhedspersonalet havde vanskeligheder ved at orientere sig og få et samlet overblik over patienterne da social -og sundhedspersonalet primær tilgik oplysningerne i journalerne ud fra servicelovs-området.</p> <p>I to ud af fire stikprøver kunne man i oversigten over sygdomme finde beskrivelser af aktuelle og potentielle problemområder, disse fremgik ikke i beskrivelsen af de sygeplejefaglige problemområder. Hvilket gjorde det vanskeligt at få et samlet overblik over de sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>Afløsere og vikarer havde ikke adgang til patientjournalerne. Attendo var i gang med, at få lavet koder til afløsere og vikarer.</p> <p>I en ud af fire stikprøver hos patient med væskerestriktion, var der i journalen henvisning til dokumentation på flere papirskemaer. Ét papirskema var mangelfuldt udfyldt over flere døgn (væskeskema) og et andet (vægtskema), kunne ikke fremfindes</p>

					<p>som angivet. Journalføringen var således mangelfuld.</p> <p>I en ud af fire stikprøver, var journalføringen ikke overskuelig og systematisk, idet lægens ordination på Marevan (AK-behandling, risikosituationslægemiddel), fremsendt via MedCom, blev noteret flere steder i journalen af plejepersonalet.</p>
3:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Der var i tre ud af fire stikprøver ikke en fyldestgørende faglig dokumentation af aktuelle og potentielle problemer inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>I en ud af fire stikprøver var de sygeplejefaglige problemområder ikke beskrevet siden 2018, og patienten var i medicinsk behandling for en depression, leddegigt og kroniske smerter.</p> <p>Centersygeplejersken og personalet kunne dog mundtligt redegøre for de sygeplejefaglige vurderinger.</p>
4:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>Der var i tre ud af fire stikprøver en mangelfuld oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser.</p> <p>I en ud af fire stikprøver manglede der en beskrivelse af KOL og depression i oversigten over sygdomme.</p> <p>I en ud af fire stikprøve var oversigt over sygdomme og aftaler med behandlingsansvarlige læge ikke opdateret siden 2018, hvor patienten boede hjemme. Patienten flyttede ind på plejehjemmet i september 2019. Patienten led af leddegigt og var i Metrotraxat (risikosituationslægemiddel) behandling herfor. Tillige var patienten i behandling for kroniske smerter samt en depression. Patienten havde ligeledes haft en apopleksi som gjorde at patienten var i behandling med blodfortyndende via injektioner.</p> <p>Centersygeplejersken og personalet kunne mundtligt redegøre for de sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge.</p>
5:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige</u>		X		<p>Der var i to ud af fire stikprøver ikke fyldestgørende faglig beskrivelse og</p>



	<p><u>dokumentation</u>  <u>vedrørende aktuel pleje</u>  <u>og behandling, opfølgning</u>  <u>og evaluering</u></p>				<p>       vurdering af pleje og behandling i forhold til patienternes aktuelle helbredsmæssige problemer. Ligesom opfølgning og evaluering ikke var konsekvent og systematisk.        Der var i en stikprøve ikke beskrevet aktuel pleje og behandling inden for nogle sundhedsfaglige områder.        Journalen var ikke opdateret siden 2018, hvor patienten boede i anden bolig.        Patienten var i behandling med risikosituationslægemiddel og fik tillige injektioner med blodfortyndende behandling. Patienten var ligeledes i medicinsk behandling for en depression.         I en ud af fire stikprøver hos patient med væskerestriktion pga. organsygdom, var der mangelfuld væskeregistrering i flere døgn og det var således ikke klart, hvorvidt patientens væskerestriktion blev overholdt.        Derudover var der lagt plan for daglig vejning, ligeledes som en væsentlig del af observationer i relation til organsygdommen. Imidlertid var det ikke muligt at fremfinde vægtskemaet og det var således uklart, hvorvidt patienten udviste tegn til væskeophobning.        Der var i to ud af fire stikprøver foretaget flere observationer der ikke var fulgt op på.         Centersygeplejersken og personalet kunne delvist redegøre mundtligt for iværksat pleje og behandling.     </p>
--	---	--	--	--	---

## Delegation

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6:	Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)			X	

## Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

7:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		Ledelsen havde ikke fast procedure, for hvorledes nyt personale skulle introduceres og oplæres i håndtering af pludseligt opstået sygdom/ulykke. Ved interview af relevant personale, fremgik det, at personalet ikke var instrueret i instruksen og følte sig usikre på håndteringen af en eventuel akut situation.
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:		X		<p>Der forelå en instruks for medicinhåndtering, denne var dog ikke retvisende i forhold til Styrelsen for Patientsikkerheds vejledning, samt gældende lovgivning, idet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sygehjælpere og social – og sundhedshjælpere var angivet som autoriserede sundhedspersoner.</li> <li>• Det var angivet at sygeplejersker og social – og sundhedsassistenter kunne dokumentere for andre ved behov. Således var der mulighed for, at personale der deltog i patientbehandlingen ikke havde adgang til journalen.</li> </ul> <p>Desuden var instruksen ikke tilstrækkeligt implementeret idet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At det var anført at der skulle foretages optælling ved hver udlevering af medicin (medicinadministration) og sammenlignes med medicinskemaet. Det fremgik dog under tilsynet, at flere medarbejdere ikke var introduceret og oplært tilstrækkeligt i anvendelse af medicinmodulet og derfor ikke kunne foretage den nødvendige kontrol.</li> <li>• Desuden var det angivet, at doseringsæsker skulle være rene hvilket tilsynet observeret i en ud tre stikprøver at de ikke var.</li> </ul>

10:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X	<p>I en ud af tre stikprøver var der uoverensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste. Ifølge medicinlisten skulle patienten have tablet Buscopan samt Folimet kl.06, men på dosisrulle med medicin fremgik at patienten skulle have dette kl.08.</p> <p>I to ud af tre stikprøver manglede der maximal døgndosis for pn. medicin såsom Pamol og Moxalole.</p> <p>I en ud af tre stikprøver, var der ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn i beholdningen og på medicinlisten.</p>
11:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning</u>		X	<p>I en ud af tre stikprøver manglede tbl. Furix i beholdningen. Ifølge journalen var dette heller ikke bestilt, og der skulle dispenseres ny medicin på tilsynsdagen.</p> <p>I en ud af tre stikprøver blev der fundet en dags doseringsæske uden navn og cpr.nr.</p> <p>I en ud af tre stikprøver var der løse tabletter i beholdningen. I samme stikprøve, var der uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæsker, idet der var dispenseret ordineret medicin, som ikke fremgik som dispenseret (antibiotikakur)</p> <p>Der manglede systematik i medicinbeholdningen i en ud af tre stikprøver, idet patientens medicin blev opbevaret tilfældige steder i boligen. Der var flere beholdere/æsker af samme præparat, som var i anvendelse, men placeret forskellige steder (herunder morfikapreparater). Nogle var opbevaret i en kasse i et skab, andre i en bestikskuffe og andre igen på spisebordet. Det var ikke klart hvilke beholdere/æsker, der var i aktuel brug og flere af samme præparat var anbrudt. Nogle præparater blev administreret af patienten selv, andet af personalet. Derudover stod der medicin fremme i boligen som var seponeret. I samme stikprøve var der iværksat brug af poser med opdeling af pn medicin, aktuel men uåbnet medicin, og ikke-aktuel medicin (pause eller seponeret), men indholdet i poserne stemte ikke overens med den</p>

					<p>faktuelle behandling sammenholdt med medicinskemaet, idet der f.eks. var aktuel medicin i posen med uaktuel medicin og der var medicin med forkert styrke i posen med aktuel medicin, hvor den rette styrke var i posen med uaktuel medicin</p> <p>Personalet udtrykte utryghed i medicinbehandling pga. den manglende systematik.</p>
--	--	--	--	--	---

## Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>Der var i to ud af fire stikprøver ikke dokumenteret, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til den behandlingsansvarlige læge.</p> <p>Der var i en ud af fire stikprøver ikke beskrevet, om patienten var vurderet til, at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling eller om stedfortræder gav informeret samtykke til pleje og behandling. Denne journal var ikke opdateret siden 2018. Personalet kendte regelsættet, men havde ikke fået systematiseret, hvordan dette skulle journalføres i forbindelse med lægekontakt.</p>

## Hygiejne

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

## Øvrige

Målepunkt	Fund	Fund og kommentarer
-----------	------	---------------------

14:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	<p>Der forelå ingen instruks for, hvordan personalet skulle føre den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Det fremgik under tilsynet, at plejepersonalet ikke var tilstrækkeligt oplært i anvendelsen af dokumentationssystemet og medicinmodulet, til at kunne sikre dokumentation af relevante oplysninger. Der var dermed risiko for mangler i dokumentationen af væsentlige observationer, samt risiko for fejl i medicinbehandlingen.</p> <p>Der blev ved medicingennemgangen hos en ud af tre patienter, observeret meget urene doseringsæsker anvendt til aktuel patient behandling. Doseringsæskerne var ikke blevet rengjort ved synlig forurening eller ved fastlagte intervaller.</p>
-----	--	---	---

## Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Attendo, Frederikssund Fripnejehjem var et nyt plejehjem der åbnede 1. juni 2019.
- Under tilsynet boede der 32 patienter, der var plads til 72.
- Attendo friplejehjem samarbejdede tæt med hjemmesygeplejen, Frederikssund Kommune.
- Fripnejehjemmet var certificeret til at levere ydelser i forhold til pleje, hjælp og omsorg og skulle følge de kommunalt fastsatte kvalitetsstandarder.
- Sygeplejen til patienterne blev varetaget af fast tilknyttede centersygeplejersker der hørte under ledelse af den kommunale hjemmesygepleje.
- Der var tilknyttet to centersygeplejerske til Attendo friplejehjem. Hvoraf den ene endnu ikke var startet i sit ansættelsesforhold.
- Centersygeplejerskerne kom dagligt på Attendo friplejehjem. De stod for varetagelse af komplekse sygeplejeopgaver, undervisning af personalet, supervision og opgaveoverdragelse af stabile sygeplejeopgaver.
- Der var 30 fastansatte på friplejehjemmet heriblandt 12 social- og sundhedsassistenter, 12 social- og sundhedshjælpere, 2 pædagoger, 1 ergoterapeut, 1 aktivitetsmedarbejder og 1 kostfaglig medarbejder.
- Fremmødeprofilen i dagvagt var 9 medarbejdere foruden centersygeplejerske. I aftenvagt var fremmødeprofilen 5 medarbejdere og i nattevagt var fremmøde profilen 2 medarbejdere
- Der var social- og sundhedsassistenter i fremmøde i dag, aften- og nattevagt, og ved behov kunne hjemmesygeplejen i kommunen tilkaldes
- Der blev afholdt triagemøder 3 gange ugentligt i stueetagen, og 2 gange ugentligt på 1. etage.
- Personalet havde ikke adgang til kommunens instrukser. Der var adgang til VAR (praktiske procedure beskrivelser)
- Alle lokale instrukser stod i en instruksmappe. Ledelsen var ansvarlige for at opdatere og ajourføre instrukserne.
- Attendo Fripnejehjem var på samme journalsystem som den kommunale døgnpleje, Cura og Fælles Sprog 3. Der var afholdt 6 timers undervisning fra Frederikssund kommune til medarbejderne.

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg.

- Ved tilsynet blev målepunktssættet for plejeområdet 2019 anvendt.
- Tilsynet var tilrettelagt med interview af ledelse samt medarbejdere, leder af hjemmesygeplejen og centersygeplejerske.
- Styrelsen gennemgik 4 journaler og 3 medicinbeholdninger. Tillige blev sundhedsfaglige instrukser gennemgået.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Susanne Lidsmoes, Konstitueret Virksomhedsleder og teamleder
- Louise Rolighed Rolff, Kvalitetsudvikler (KVU), Attendo Danmark
- Iben Jensen, distriktsleder døgnplejen, Frederikssund Kommune
- Pia Vøge Paaske, Teamleder

- Centersygeplejerske, Frederikssund Kommune
- Social- og sundhedsassistenter
- Social- og sundhedshjælpere
- Pædagog

Tilsynsbesøget blev foretaget af: Sarah Sommer, oversygeplejerske og Sarah Leth Madsen, oversygeplejerske

## 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)



## 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, frasat 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

↑ **Tilbage til oversigt**

### **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 livsstilsproblemer, 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

↑ **Tilbage til oversigt**

#### **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
- blodsukkermålinger
- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

[Sundhedsstyrelsens publikation - Den ældre medicinske patient](#)

↑Tilbage til oversigt

**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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

## Delegation

### **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](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

## 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

### **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 \(Kapitel 6, §24a\), 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## 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](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## 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 enkeltdosis 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, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

↑ **Tilbage til oversigt**



### **11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling**

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhandling 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 medicinhandling- 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/poserne
- 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
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel 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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

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

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

[Sundhedsstyrelsens notat vedr. unkladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

↑**Tilbage til oversigt**

## Patienters retsstilling

### 12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters 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.

- **Samtykkekompetence/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 samtykkekompetence, 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 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 \(Kapitel 5 vedr. Patienters medinddragelse i beslutninger\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## 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 7. juli 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Øvrige fund

### 14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

↑ **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 tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

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

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

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

### Patientsikkerhed

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

### 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

---

<sup>1</sup> Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

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

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

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

## Tilsynsbesøg

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

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

## Afrapportering

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

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

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

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

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis

---

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

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

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

behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.<sup>7</sup>

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

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>9</sup>

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg<sup>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

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

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

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

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