



Tilsynsrapport

Hjemmesygepleje ved Attendo, Gribskov Kommune Helsingør

Reaktivt tilsyn, 2018

Hjemmesygepleje ved Attendo, Gribskov Kommune Helsingør
Frederiksborgvej 4, 1

3200 Helsingør

CVR- eller P-nummer: 1019450690

Dato for tilsynet: 23-04-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-1668/3

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. De er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 23. april 2018 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på observationer, interview og journalgennemgang ved reaktivt tilsyn den 23. april 2018.

Styrelsen for Patientsikkerhed var ved vurderingen lagt vægt på, at Hjemmesygeplejen ved Attendo, Gribskov Kommune, Helsingør har arbejdet grundigt med at højne patientsikkerheden på baggrund af reaktivt tilsyn den 12. september og påbud den 1. marts 2018. Dette har medført en tydelig forbedring af patientsikkerheden.

Påbuddet var efterlevet for så vist angik implementering af sundhedsfaglige instrukser, at sikre forsvarlig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen samt sikre forsvarlig medicin håndtering, hvor der var sket tydelige forbedringer vedrørende indhold og systematik. Det er styrelsens generelle indtryk, at implementering af sundhedsfaglige instrukser, tilstrækkelig journalføring og forsvarlig medicin håndtering er i overensstemmelse med gældende regelsæt.

Journalføring var klart forbedret idet oversigt over patienternes sygdomme, aftaler med behandlingsansvarlig læge, aktuelt beskrivelse af pleje og behandling samt informeret samtykke nu var fyldestgørende vurderet og dokumenteret

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende medicin håndtering blev vurderet at være opfyldt med undtagelse af to enkelt stående fund i form af præparat hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik på medicinlisten.

Ovenstående vurderes let at kunne udbedres. Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen vurderer således at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden,

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 12. september 2017 et reaktivt tilsyn i Hjemmesygeplejen ved Attendo, Gribskov Kommune, Helsingør efter en henvendelse fra Gribskov Kommune hvoraf det fremgik at Gribskov Kommune havde udliciteret hjemmesygeplejen til det private firma Attendo, og at kommunen var bekymret for patientsikkerheden i hjemmesygeplejen. Bekymringen var opstået på baggrund af dels to specifikke borgersager dels henvendelser fra praksiskonsulent og visitatorer i myndigheden samt ved patientsikkerhedsarbejdet med utilsigtede hændelser.

Den 1. marts 2018 gav Styrelsen for Patientsikkerhed et påbud til Hjemmesygeplejen ved Attendo, Gribskov Kommune, Helsingør om at sikre forsvarlig medicin håndtering, tilstrækkelig journalføring samt implementere sundhedsfaglige instrukser.

Den 23. april 2018 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende reaktivt tilsyn med vurdering af målepunkter indenfor journalføring, medicin håndtering samt implementering af sundhedsfaglige instrukser, med henblik på at konstatere, om påbuddet var efterlevet.

Fund

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

Der var et uopfyldt målepunkt:

- I to ud af tre stikprøver fremgik det aktuelle handelsnavn ikke af medicinlisten

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

Henstillinger

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

- at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 17)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

2. Fund

Ved interview fremlagde ledelsen, hvorledes der straks efter tilsynet den 12. september 2017 var blevet iværksat et stort arbejde med at rette op på patientsikkerheden i relation til journalføring, medicin håndtering og implementering af sundhedsfaglige instrukser.

Der var arbejdet konstruktivt med at organisere sygeplejen i mindre teams med en sygeplejerske tilknyttet hvert team, og der var opnormeret med sygeplejersker i hvert team. Sygeplejersken fungerede som faglige koordinatore og sparringspartner med henblik på faglig udvikling. I samarbejde med ledelsen planlagde de hvordan ny viden, arbejdsgange og procedurer efterfølgende blev fulgt op.

Som udgangspunkt var der tre udekørende sygeplejersker i dagtid i hver enhed, i weekend var der en. Om aftenen er der alle dage to udekørende sygeplejersker, og om natten er der én sygeplejerske.

Vedrørende tilstrækkelig journalføring anvender Attendo det elektroniske journalsystem, som anvendes i Gribskov Kommune. Procedure for dokumentation af sundhedsfaglige opgaver var gennemgået med personalet, så det sikres at de enkelte personaler havde mulighed for at overholde gældende krav til dokumentation. Det var præciseret hvem der havde ansvar for hvilke dele af dokumentationen, samt hvilke krav der var til dokumentation af sygeplejefaglige handlinger, oversigt over borgers sygdomme og funktionsnedsættelser, aftaler med behandlingsansvarlige læge og informeret samtykke.

De skriftlige procedure for medicin håndtering var opdaterede og der var udarbejdet lommekort til brug ved dispensering og administration. Der blev løbende arbejdet med casebaseret sparring til medarbejderne vedrørende medicin håndtering. Alle social- og sundhedsassistenter havde deltaget i et 5-dages medicinkursus udført i samarbejde med SOSU Sjælland. Der havde, på medicin håndtering, været gennemført 10 stikprøvekontroller om måneden hvor resultatet havde været drøftet med medarbejderne i forhold til læring.

Der var arbejdet med implementering af sundhedsfaglige instrukser og der blev arbejdet mere systematisk med introduktion af nye medarbejdere og med fastholdelse af viden om gældende instrukser.

Attendo havde arbejdet grundigt med rammerne for videregodelegation, da opgaver bliver videregodelegeret til BM Pleje som varetager opgaver udført af social- og sundhedshjælper og social- og sundhedsassistenter.

Det var valgt at anvende PPS (Praktiske procedure for sygepleje) som faglig referenceramme.

Patientforløb og journalføring

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

	<u>livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>				
2b:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	x			
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	x			
5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	x			
6:	<u>Informeret samtykke</u>	x			
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	x			

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			
9a:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og</u>	x			

	<u>kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>				
9b:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
10a:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
10b:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
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			
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 ordnede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	x			
17:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>		x		I to ud af tre stikprøver var der henholdsvis et og to 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			
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			
25:	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>	x			
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			
29:	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	x			
30a:	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>	x			
30b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>	x			

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			
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			
36b:	<u>Instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
37:	<u>Rammedelegation. Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</u>			x	
38:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>	x			

Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
39:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	x	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Gribskov Kommune havde udliciteret hjemmepleje og hjemmesygepleje til private leverandører og i Helsingør var det for nuværende Attendo, der havde licitationen på servicelovsydelser samt sundhedslovsydelser. Attendo er indtil 1.5.18 eneleverandør af sygepleje og hovedleverandør af hjemmepleje i Gribskov Kommune. Både sygepleje og hjemmepleje leveres af alle tre afdelinger (Helsingør, Græsted og Gilleleje). Efter 1.5.18 organiseres sygeplejen under Pleje Gribskov mens Attendo fortsat er hovedleverandør af hjemmepleje.
- Den daglige ledelse blev varetaget af Angelica Pedersen som var uddannet sygeplejerske
- Personalet var organiseret i tre teams med en sygeplejerske i hvert team som bistod med faglig sparring og udvikling i samarbejde med ledelsen.
- Attendo samarbejder med og videredelegerede til BM Pleje. Der afholdes løbende møder med BM Pleje hvor samarbejdet omkring borgerne og principielle ting drøftes. Der anvendes samme journalsystem.

Om tilsynet

- Tilsynet blev varslet den 9. april 2018
- Reaktivt opfølgende tilsyn på baggrund af påbud om at sikre implementering af sundhedsfaglige instrukser, forsvar medicinbehandling samt tilstrækkelig journalføring. Påbuddet blev på baggrund af tilsynet i september 2017 givet den 1. marts 2018.
- Ved tilsynet blev der anvendt de samme målepunkter, som ved det reaktive tilsyn den 12. september 2017.
- Antal stikprøver/journalgennemgang: Dokumentation og medicinbehandling for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til daglige leder Angelica Pedersen, to sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter.
- Tilsynet blev foretaget af: Kirstine Rødsten, læge og Helle Mahler, oversygeplejerske

Øvrigt

Sundhedsfaglige instrukser blev opbevaret i papirform i et ringbind og kunne ikke tilgås elektronisk. Dette forhindrede personalet i at søge informationer i relevante instrukser under besøg hos borgerne. Samtidig er der en risiko for, at opdaterede instrukser ikke bliver udskiftet i ringbindet. På baggrund af tilsynet den 30.4.18 har Attendo taget kontakt til Gribskov Kommune med henblik på at sikre medarbejderne en let og direkte elektronisk adgang til de sygeplejefaglige instrukser. Kommunen svarer, at instrukserne kan findes på kommunens hjemmeside.

4. 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](#)