



Tilsynsrapport Attendo Græsted

Reaktivt tilsyn, 2017

Attendo Græsted
Mestervangen 5

3230 Græsted

CVR- eller P-nummer: 1019450720

Dato for tilsynet: 31-10-2017

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-1686/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget bemærkninger til tilsynsrapporten. Bemærkningerne giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsynet. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

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 tilsyn i distrikt Helsingør, hjemmeplejen, udliciteret til privat leverandør.
- Ved tilsynet blev 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 i hjemmesygepleje Distrikt Græsted og Vejby, som varetages af privat leverandør Attendo. Dette er foranlediget af et tidligere reaktivt tilsyn i Gribskov kommunes hjemmepleje, Helsingør distrikt, som også er udliciteret til privat leverandør, Attendo. 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 for udgås af lægelig ordination til den enkelte patient.

Fund

Vurderingen af patientsikkerheden i hjemmesygeplejen er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af dette fremstod hjemmesygeplejen velorganiseret.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende hjemmesygeplejens instrukser blev vurderet til at være opfyldt, der manglede dog en enkelt instruks vedrørende intravenøs behandling. De mangler, der blev fundet i relation til journalføring og medicinhåndtering var mindre og spredte, og det generelle indtryk var, at hjemmesygeplejen lever op til lovgivningens krav.

Det er styrelsens vurdering, at hjemmesygeplejen ville 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 var tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Sammenfatning af fund

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

Der manglede en instruks for Intravenøs behandling med lægemidler. Der blev fundet mangler i journalerne vedrørende aftaler med behandlingsansvarlige læge, informeret samtykke og patienternes samtykkekompetence /handleevne. Der var mangler i medicinhåndteringen vedrørende behandlingsindikation, overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin samt medicinlistens entydighed vedrørende et præparat.

Ledelsen oplyste ved tilsynet at akutfunktionen efter deres mening ikke fungerede optimalt, idet der var flere eksempler på at ”akutsygepleje” kom retur til området, da akutfunktionen manglede kompetencer i forhold til sygeplejeopgaverne. Der forelå ingen skriftlig samarbejdsaftale eller faste samarbejds møder med akutfunktionen.

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

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

- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 6)

- at der findes en skriftlig instruks for intravenøs behandling med lægemidler (målepunkt 11a)
- at behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 15)
- at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin (målepunkt 16)
- at medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 20)
- at det fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation, om patienten vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give informeret samtykke til pleje og behandling(målepunkt 38)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående.

2. Fund ved tilsynet

↑ Tilbage til vurdering

Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
1b:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
2a:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
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		I en af tre stikprøver manglede aftaler med egen læge vedrørende referenceramme for blodsukker, diabeteskontrol samt forebyggende fodbehandling.
5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			
6:	<u>Informeret samtykke</u>		X		I en af tre stikprøver manglede informeret samtykke i forbindelse med henvendelse til læge.
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	X			

Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicinhandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
8b:	<u>Instruks for medicinhandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
9a:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
9b:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og 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		Der manglede en skriftlig instruks for intravenøs behandling med lægemidler.
11.b:	<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</u>		X		I to af tre stikprøver manglede en

	<u>skal fremgå</u>				tydeligere indikation for smertebehandling.
16:	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>		X		I en af tre stikprøver var der uoverensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin for et præparat. Desuden manglede der label på et præparat og dosering på et andet præparat.
17:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	X			
18:	<u>Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	X			
19:	<u>Enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>			X	
20:	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>		X		I en af tre stikprøver blev medicinlisten ikke ført systematisk og entydigt, da et præparat som patienten ikke selv var i stand til at administrere, stod under selv administration.
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</u>	X			

	<u>anvendelse heraf</u>				
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			På forespørgsel blev oplyst, at iværksættelse af rammedelegation altid fordrede en lægelig ordination forud for ibrugtagningen.
37:	<u>Rammedelegation. Dokumentation ved anvendelse af</u>	X			

	<u>rammedelegation</u>				
38:	<u>Samtykkekompetence/ handleevne</u>		X		I tre af tre stikprøver manglede samtykkekompetence/ handleevne.

Øvrige fund

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

3. Relevante oplysninger

- Hjemmesygeplejen i Gribskov Kommune, Distrikt Græsted og Vejby var udliciteret til Attendo, som i 2006 blev overdraget fra Seniorcare. Virksomhedschef Sussi Hannemann var leder af distrikt Græsted og Vejby. Desuden var der ansat en souschef, som var sygeplejerske, som også var udekørende i forhold til guidning af medarbejderne. Souschefen havde været 23 år i hjemmesygeplejen.
- Distrikt Græsted og Vejby var inddelt i 3 områder / grupper. I dagvagt var der ansat 9 social-og sundhedsassistenter og 4 sygeplejersker, hvoraf de 2 sidste sygeplejersker ville blive ansat den 1. november 2017. I aftenvagt var der ansat 1 social- og sundhedsassistent, 1 sygeplejerske samt 1 vikar, og i nattevagten 1 sygeplejerske samt 2 social-og sundhedshjælpere.
- Der arbejdedes med Mobil omsorg og Nexus omsorgssystem.
- Der blev foretaget audit x en årligt af kvalitetsudvikler fra hovedkontoret i Attendo. Desuden foretog ledelsen i Distrikt Græsted og Vejby selv stikprøvekontrol på 10 patientforløb hver måned.
- Attendo samarbejdede med Akutfunktionen, som havde base på Toftebo. Der forelå ikke en samarbejdsaftale med Akutteamet.

Om tilsynet

- Begrundelse for tilsynet: Reaktivt tilsyn på baggrund af en henvendelse fra Gribskov Kommune af 29. juni 2017, hvor Gribskov Kommune udtrykker bekymring for patientsikkerheden hos udvalgte borgere, som får leveret hjemmesygepleje gennem Attendo.
- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til: Virksomhedschef Sussi Hanimann.
- Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Lone Lind Pedersen og oversygeplejerske Annemarie Rohrberg.

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af

personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn vil styrelsen som hidtil have et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol i form af fx tilsynsbesøg eller anden undersøgelse, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, ligsynssager, klagesager eller medieomtale.

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

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

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsynsbesøg er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet. Efter tilsynet får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering. Der laves derefter en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet på samme måde, som det sker ved de planlagte tilsyn. Det er det 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

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

behandlingsstedet⁴. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁵.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

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

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.⁶

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

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

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

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.

⁸ [Se sundhedsloven § 215 b](#)

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.

⁹ [Se sundhedsloven § 213, stk. 1](#)