Tilsynsrapport
S/I Helene Mariehjemmet

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2025

S/I Helene Mariehjemmet
Egetrolden 2
3200 Helsinge

CVR- nummer: 43887645 **P-nummer:** 1029307012 **SOR-ID:** 1365241000016002

Dato for tilsynsbesøget: 20-02-2025

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2011-19855

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **20-02-2025** vurderet, at der på **S/I Helene Mariehjemmet** er

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruksgennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at Helene Mariehjemmet siden vores tilsyn den 22. november 2024 havde arbejdet fokuseret på at rette op på de fund, der var vedrørende organisering, pleje og behandling, journalføring samt medicinhåndtering og var kommet i mål med alle målepunkter.

Behandlingsstedets organisering
Helene Mariehjemmet havde fortsat en interim ledelse bestående af to sygeplejersker. Stillingen som forstander var slået op og ligeledes var der allerede ansat en kvalitets-og udviklingssygeplejerske pr 1. marts 2025. Den sygeplejefaglige leder der blev ansat den 1. september 2024 var fortsat en del af ledelsen.

Ovenstående varetog fortsat drift og udviklingstiltag i tæt samarbejde og havde fulgt den handleplan der var udarbejdet for at rette op på de konstaterede fund og medfølgende krav, der fulgte af påbud af 24. september 2024.

I den forbindelse blev det oplyst, at der forsat blev arbejdet med fastholdelse og rekruttering samt onboarding, så fælles forståelse for opgaven blev etableret. Der var herunder udarbejdet nye funktionsbeskrivelse hvor kvalitet i opgavevaretagelsen også er beskrevet, og introduktion og oplæring var sat i system med skema og opfølgningssamtaler efter otte uger.

Det blev oplyst at der fortsat var aftale med vikarbureau om fire faste social- og sundhedsassistenter 32 timer ugentligt. Der blev kontinuerligt taget højde for, at de rette kompetencer var tilstede i forhold til beboernes behov.

Alle relevante instrukser var nu fuldt implementeret og der blev fulgt op en gang månedligt ved hjælp af journalaudits, herunder medicinaudits at de fortsat blev fulgt. Helene Mariehjemmet havde på tilsynsdagen 44 beboere, og ville indtage nye beboere proportionalt med ansættelse af medarbejdere med de fornødne kompetencer.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Det blev oplyst ved tilsynet at der var gennemført undervisning, tilretning af den digitale journal samt screening af alle journaler i forhold til at de var opdateret i forhold til at sygdomme, funktionsnedsættelser og sygeplejefaglige vurderinger var foretaget og journalført.

Alle målepunkter vedrørende sygeplejefaglige vurderinger var opfyldt.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at den sundhedsfaglige journalføring i de gennemgåede stikprøver nu var systematisk og ensartet i forhold til at sikre overblik over patienternes pleje og behandling og aftaler med de behandlende læger.

I de gennemgåede journaler var der en fyldestgørende beskrivelse af patienternes problemområder og risici, ligesom der var en fyldestgørende dokumentation af opfølgningen på den aktuelle pleje og behandling.

Medicinhåndtering
Alle målepunkter for medicinhåndtering var opfyldt ved sidste tilsyn den 22. november 2024 og ligeledes ved tilsynet den 20. februar 2025.

Konklusion

Der blev ikke identificeret problemer af betydning for patientsikkerheden og vi har derfor ophævet påbuddet af den 24. september 2024. Tilsynet afsluttes.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	X			

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			Opfyldt den 22.11.24
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	X			
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			Opfyldt den 22.11.24

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	X			

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering	X			Opfyldt den 22.11.24
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	X			
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	X			Opfyldt den 22.11.24

Overgange i patientforløb

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb			X	Målepunktet blev ikke gennemgået ved tilsynet

Øvrige fund

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Helene Mariehjemmet er et selvejende plejehjem beliggende i Gribskov Kommune. Plejehjemmet åbnede den 1. februar 2024.
- Helene Mariehjemmet er en del af Fonden Mariehjemmene og er ledet af en bestyrelse. Siden August måned har direktøren for Fonden Mariehjemmene i perioder varetaget ledelsen og eller sparret tæt med den aktuelle ledelse, samt haft bistand af forskellige konsulentvirksomheder.
- Aktuelt og siden 1. november 2024 består ledelsen af en interim leder og kvalitets og udviklingskonsulen, en interim forstander, desuden er der en sygeplejefaglig leder ansat fra 1. september 2024.
- Helene Mariehjemmet har boliger til 90 beboere. Plejehjemmet er opdelt i 6 boenheder. Ved tilsynet var 4 af boenhederne åbnet og der er aktuelt 44 borgere.
- Siden august 2024 er der opstartet faste teams omkring hver boenhed med samtidig etablering af faste kontaktpersoner fra 15. september 2024.
- Vejledende antal fremmøde i hver boenhedsgruppe: I dagvagt 4 medarbejdere, heraf en social- og sundhedsassistent, i aftenvagt 2 til 3 medarbejdere, heraf mindst 1 social- og sundhedsassistent pr. 2 grupper, i nattevagt 2-3 medarbejdere, hvoraf 1 er social- og sundhedsassistent.
- Der er 43 fastansatte som fordeler sig således: 6 sygeplejersker, 10 social- og sundhedsassistenter, 16 social- og sundhedshjælpere, 3 pædagoger, 3 ufaglærte, samt et antal timelønnede. Der er aktuelt 2 vakante stillinger. Der bliver pr 1. marts 2025 ansat 7 nye medarbejdere, herunder en kvalitets og udviklingssygeplejerske, 2 social-og sundhedsasstenter 2 sygeplejersker og 2 social- og sundhedshjælpere.
- Herudover har plejehjemmet ansat to medarbejdere i en funktion som ”værtinder” og to medarbejdere i kombineret værtinde og med plejeopgaver.
- Marie Helenehjemmet har dagligt møder på tværs af faggrupper, hvor de anvender triagering som metode - desuden afholdes beboerkonferencer en gang månedligt pr. enhed.
- Der bliver foretaget audits en gang månedligt
- Der er tilknyttet plejehjemslæge til plejeenheden, som kommer i plejeenheden en gang ugentlig.
- Helene Mariehjemmet anvender Nexus FSII som journalsystem og har i efteråret fået IT konsulenthjælp til etablere det fornødne overblik over sygdomme, vurderingsområder opfølgning og evaluering. Det forventes at Nexus FSIII implementeres i løbet af 2025.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 28. august 2024 et påbud til Helene Mariehjemmet den 24. september 2024 om at sikre:

- forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser herfor.
- at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
- tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af tilstrækkelige instrukser herfor.
- udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for ansvars- og kompetenceforhold samt pludselig opstået sygdom og ulykke.

Den 24. september belv der også givet påbud om:

- Midlertidigt at indstille indtaget af nye patienter.

Påbud om at indstille indtag af nye patienter blev ophævet den 20. december 2024.

Tilsynet var opfølgende reaktivt tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddene var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 28. august 2024.

- Instrukser for medicinhåndtering, journalføring og akut opstået sygdom
- Sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning og journalføring af disse.

Ved tilsynet deltog:

- Ulla Agerskov, direktør for Fonden Mariehjemmene
- Denice Jensen, sygeplejefaglig leder
- Charlotte Urhammer, konstitueret forstander (Interim)
- Christina Liliedal, kvalitets og udviklingskonsulent og interim leder
- En sygeplejerske, en social-og sundhedsassistent og to social-og sundhedshjælpere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Ulla Agerskov, direktør for Fonden Mariehjemmene
- Denice Jensen, sygeplejefaglig leder
- Charlotte Urhammer, konstitueret forstander
- Christina Liliedal, kvalitets og udviklingskonsulent og interim leder

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Kate Dagmar Jensen, oversygeplejerske

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring
Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå, at: • Der er fastlagte arbejdsgange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande, og at personalet er instrueret i de fastlagte arbejdsgange. • Personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. Dette gælder også for vikarer, ufaglærte, elever og studerende. • Ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med behandlingsstedets instrukser, herunder at: o Personalet er oplært og har adgang til relevante instrukser: - Instruks for ansvar- og kompetenceforhold. - Instruks vedrørende pludselig opstået sygdom og ulykke. - Instruks for fravalg af livsforlængende behandling. - Instruks for medicinhåndtering. - Instruks for sundhedsfaglig dokumentation/journalføring. - Instruks for hygiejne, herunder forebyggelse af infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. - Nødprocedurer ved systemnedbrud. o Personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser. o Personalet er oplært i journalføring, at der er afsat tid til journalføring, og at journalføringen udføres tidstro. o Journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt. o Notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne. Referencer: • Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024 • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 1, §3a), LBK nr. 247 af 12. marts 2024 • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) (Kapitel 3, §30 og §31) BEK nr. 1225 af 08. juni 2021 • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Journalføring

2. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Ved interview af ledelsen og personalet skal det fremgå, at der i nødvendigt omfang er en praksis for at:

• Vurdere patientens aktuelle problemer og risici med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder.
• Revurdere patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand.
• Lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici
• Følge op på og evaluere planlagt pleje og behandling.
• Opdatere planen for pleje og behandling ved ændringer.
• Sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.

Referencer:
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 895 af 26. juni 2024
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå, at:

• Patientens aktuelle problemer og risici er beskrevet i nødvendigt omfang.
• De aktuelle problemer og risici er revurderet ved ændringer i patientens tilstand.

De 12 sygeplejefaglige problemområder:

1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe,
tænder, protese, sår.

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder
5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog. 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade. 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer. 8) Seksualitet, køn og kropsopfattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel. 9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans. 10) Søvn og hvile, fx søvnmønster, varighed af søvn, træthed, energi. 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau. 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster. Referencer: • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024 • Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024 • Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 895 af 26. juni 2024

4. Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser
Ved journalgennemgang skal der fremgå: • Et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser. Referencer: • Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 895 af 26. juni 2024

4. Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser
• Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024 • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

5. Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger
Ved gennemgang af journalen skal det fremgå, at: • Journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling samt opfølgning og evaluering heraf. • Journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol. • Der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol følges. Referencer: • Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 895 af 26. juni 2024 • Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024 • Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

Medicinhåndtering

6. Interview om medicinhåndtering
Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå, at behandlingsstedet har fastlagte arbejdsgange for: • Medicindispensering og -administration. • At sikre identifikation af patienten og patientens medicin. Referencer: • Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013

6. Interview om medicinhåndtering

- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000
- Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021
- Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023

7. Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal der fremgå følgende:

- At medicinlisterne føres systematisk og entydigt.
- At der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste.
- At der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering.
- At der er behandlingsindikation for den medicinske behandling.
- Hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende.
- Præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke.
- Ekeltdosis og maksimal døgndosis for p.n.-medicin.
- Ordinerende læges navn og/eller afdeling.

Det skal fremgå af journalen:

- Hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin og hvornår.

Referencer:

- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021
- Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre), BEK nr. 713 af 12. juni 2024

8. Håndtering og opbevaring af medicin

Ved gennemgang af medicinbeholdningen vurderes det, om håndteringen og opbevaringen opfylder følgende:

8. Håndtering og opbevaring af medicin
• Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning. • Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser. • Dispenseret p.n.-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 korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. • Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin. • Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin. • Holdbarhedsdatoen på patientens 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 navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin. • Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling. Referencer: • Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009 • Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013 • Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 • Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018 • Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021 • Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023 • Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2022

Overgange i patientforløb

9. Interview om overgange i patientforløb
Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå, at: • Der ved overflytning af en patient til et andet behandlingssted i primærsektoren, samt ved overdragelse af opgaver, er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin).

9. Interview om overgange i patientforløb
• Der ved indlæggelse på sygehus er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin). • Der ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren er fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling (herunder medicin) modtages og anvendes. Referencer: • Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 895 af 26. juni 2024

Øvrige fund

10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici
Referencer: • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 66, §213 og §215b), LBK nr. 247 af 12. marts 2024

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet[1]. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner[2] udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[3].

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn[4]. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder[5] til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under Tilsyn med behandlingssteder. Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under Spørgsmål og svar.

[1] Se sundhedsloven § 213.
[2] Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.
[3] Se sundhedsloven § 5.
[4] 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.
[5] Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet[6]. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet[7]. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden[8].

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter[9]. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet[10]. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigtens hjemmeside.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk[11].

[6] Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

[8] Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

[9] Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse 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

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et 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 vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist[12].

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder 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[13], afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

Modstridende krav fra tilsynsmyndigheder

Oplever behandlingsstedet, at styrelsen stiller krav, der strider mod krav fra andre tilsynsmyndigheder, kan behandlingsstedet gøre styrelsen opmærksom på det ved at skrive til modstrid@stps.dk.

[12] Se sundhedsloven § 215 b

[13] Se sundhedsloven § 213, stk. 1