



# Tilsynsrapport LIONS PARK SØLLERØD, Plejecenter

Reaktivt tilsyn, 2019

**LIONS PARK SØLLERØD, Plejecenter**  
Mariehøjvej 23  
2850 Nærum

CVR- eller P-nummer: 1000071720

Dato for tilsynsbesøget: 21. november 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2011-2528

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i parthøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten, idet der i forbindelse med et møde mellem Lions Park Søllerød, Rudersdal Kommune og Styrelsen for Patientsikkerhed afholdt den 10. december 2019 samt ved høringssvar fra Lions Park Søllerød og Rudersdal Kommune modtaget den 13. december 2019, er præciseret en arbejdsgang:

Rudersdal Kommune har tilkendegivet over for Styrelsen for Patientsikkerhed, at de kommunale sygeplejersker ikke har indgået i arbejdsgangen på Lions Park Søllerød med optrækning af umærkede sprøjter til senere administration. Rudersdal Kommune har oplyst til STPS, at en sådan procedure ikke er tilladt og ej heller praktiseres af kommunens hjemmesygepleje. Dette har Lions Park Søllerød også oplyst.

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af dette fjernet bemærkningen, der vedrører Rudersdal Kommune i målepunkt 9.

Lions Park Søllerød har i sit høringssvar oplyst, at de siden tilsynsbesøget har arbejdet koncentreret med at rette op på de anførte punkter, herunder ved revidering af instrukser og planlægning af undervisning af medarbejdere.

Rudersdal Kommune har i sit høringssvar understreget, at man ser med stor alvor på de alvorlige fund, styrelsen har gjort på Lions Park Søllerød. Rudersdal Kommune vil understøtte ledelsen på Lions Park Søllerød i at efterleve påbuddet for at sikre, at borgerne bliver sikkert behandlet, og at driftsaftalen mellem kommunen og Lions Park Søllerød bliver fulgt.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved afgørelse af 29. november 2019 påbudt Lions Park Søllerød, øjeblikkeligt at sikre korrekt mærkning af optrukne sprøjter til senere administration.

Lions Park, Søllerød har efterfølgende oplyst til Styrelsen for Patientsikkerhed, at der nu er etiketter tilgængelige til at mærke sprøjter og ikke-doserbare lægemidler med. Desuden vil man etablere nye, patientsikre arbejdsgange i forbindelse med optrækning og administration af injektionsbehandling.

Derudover har Styrelsen for Patientsikkerhed givet Lions Park Søllerød, påbud om, inden for de i påbuddet fastsatte tidsfrister at bringe målepunkterne 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12 og 13 i orden.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside og på sundhed.dk. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 21. november 2019 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

Et varslet reaktivt tilsynsbesøg, hvor følgende blev gennemgået: Interview af ledelse og medarbejdere vedrørende behandlingsstedets organisering. Drøftelse og gennemgang af sundhedsfaglige instrukser, journalgennemgang på to patienter, gennemgang af medicin håndtering og medicinopbevaring for tre patienter, samt observationer med henblik på at vurdere de sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet.

Lions Park Søllerød, Plejecenter oplyste, at der var påbegyndt en proces omkring optimering af journalføring. Behandlingsstedet estimerede ved tilsynet, at 80% af journalerne var opdateret og gennemgået. Styrelsen for Patientsikkerhed konstaterede imidlertid ved tilsynet, at de journaler som var udtaget til stikprøve, manglede aktuelle og relevante oplysninger, og der dermed ikke var det nødvendige dokumentations- og vidensgrundlag, så behandlingsstedet kunne sikre forsvarlig pleje og behandling.

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. Fundene ved tilsynet bar præg af en urutineret brug af dokumentationssystemet og megen uklarhed i forhold til at sikre en ensartet journalføring. Vikarer og timelønnet personale havde ikke i alle tilfælde direkte adgang til journalsystemet.

Derudover var behandlingsstedets medicininstruks ikke tilstrækkeligt implementeret, hvilket medførte patientusikre arbejdsgange i forhold til dokumentation af medicinordinationer samt i den praktiske medicin håndtering.

I den samlede vurdering er der 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 aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, manglende aftaler med behandlingsansvarlige læge, samt manglende beskrivelser af patienternes retsstilling. Derudover er der i vurderingen lagt vægt på, at nogle oplysninger var "tavs viden" hos medarbejderne, hvorimod andre oplysninger der manglede i journal, ikke var oplysninger som medarbejderne kunne redegøre mundtligt for.

Det er styrelsens vurdering, at den mangelfulde journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på Lions Park Søllerød og med den resterende del af Rudersdal kommune, samt kommunikation med eksterne samarbejdspartnere.

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, såfremt det ikke er muligt at kunne skaffe sig et hurtigt overblik over en patients aktuelle helbredssituation samt overblik over aktuel pleje og behandling.

Det er ligeledes styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinhåndteringen rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen har samlet set ved vurderingen lagt vægt på, at alle målepunkter vedrørende behandlingsstedet journalføring og medicinhåndtering er *ikke-opfyldt*. Det forhold, at de påviste mangler, der blev fundet i relation til journalføring var gennemgående og vedrørte væsentlige oplysninger i patientbehandlingen betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt.

Manglerne vurderes at have et større omfang og kræve en betydelig indsats for at sikre et minimumsgrundlag for en sikker pleje og behandling.

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: Der var 10 uopfyldte målepunkter som udløser 21 krav under områderne journalføring, medicinhåndtering, patientens retsstilling samt hygiejne.

Inden for målepunkterne **Journalføring** var ingen målepunkter opfyldt.

I to ud af to journaler var den sundhedsfaglige dokumentation mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, samt mangelfulde beskrivelser af aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge og manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Formelle krav til journalføring var ikke overholdt.

Inden for målepunkterne **Medicinhåndtering** var ingen målepunkter opfyldt.

Der var uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæsker i to ud af tre stikprøver. Derudover var der ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn i beholdningen og medicinlisten. Ved gennemgang af medicinbeholdningen var det tydeligt, at personalet ikke fulgte instruksen for medicinhåndtering.

Deruover fremgik det, at behandlingsstedet ikke aktuelt havde en sikker arbejdsgang for mærkning af optrukne sprøjter til senere administration.

Inden for målepunktet **Patientens retsstilling** var målepunktet ikke opfyldt.

I to ud af to stikprøver var patienternes evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling ikke beskrevet.

Inden for målepunktet **Hygiejne** var målepunktet ikke opfyldt.

Medarbejderne anvendte eget tøj som arbejdsdragt, der ikke kunne tåle den forskrevne vaskeanvisning jævnfør behandlingsstedets instruks og flere bar tøj med lange ærmer.

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 den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen (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 helbreds-mæssige tilstand (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (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 helbreds-mæssige 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 medicin-håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin-håndtering, 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 behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation (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 er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-posere (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet (11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin (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 personalet er instrueret og følger den skriftlige instruks mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. (målepunkt 13)

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 24. september 2019 en bekymringshenvendelse fra en medarbejder på Lions Park Søllerød.

Bekymringen omhandlede blandt andet problemer med de sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet, manglende mulighed for dokumentation i akutte situationer hvor sygeplejerske bliver tilkaldt til assistance i de tilstødende ældreboliger, mangel på sikre arbejdsgange ved medicinbehandling, manglende efterlevelse af instrukser, samt store personaleudskiftninger og deraf mangel på kontinuitet i plejen og indsatser på behandlingsstedet.

### Fokus for tilsyn

På baggrund af bekymringshenvendelsen besluttede Styrelsen for Patientsikkerhed at foretage et reaktivt tilsyn den 21. november 2019. Målepunkterne for tilsyn med plejeområdet 2019 blev anvendt.

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede i tilsynet på:

- Behandlingsstedets organisering
- Instrukser og arbejdsgange herunder kompetence, ansvars og opgavefordeling
- Journalføring
- Medicinbehandling
- Hygiejne
- Patientrettigheder



### 3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Fund fra tilsynsbesøg d. 21. november 2019

#### 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>Behandlingsstedet opfyldte ikke formelle krav for journalføring. Tilsynet konstaterede, at patienternes afføringsmønster blev dokumenteret på papirskema. I en gruppe var der ét samlet afføringssskema for alle patienter. På skemaet var der kun anført fornavn (opfylder ikke formalia) og kryds / minus alt afhængigt af, om der havde været udskillelse. I en gennemgået journal fandtes ikke henvisning til papirskemaet og oplysninger på papirskemaet blev ikke efterfølgende journalført.</p> <p>Oplysninger om patienterne var ikke ført overskueligt og systematisk i to ud af to stikprøver. Der var mangelfulde oplysninger og der var oplysninger der stod under forkerte problemområder. Der var oplysninger under problemområder som angiveligt ikke længere var gældende.</p> <p>Oplysninger om medicinske ordinationer blev noteret flere forskellige steder og stemte ikke overens med medicinskemaet.</p> <p>Hos en patient med diabetes blev der ført et blodsukkerskema på papir. Tilsynet konstaterede, at der var værdier, der ikke var ført ind i den elektroniske journal. Endvidere bemærkede tilsynet, at ordination på insulin blev noteret på papirskemaet</p>

					<p>med risiko for uoverensstemmelse med den elektroniske dokumentation. Det fremgik under interview med ledelsen og medarbejderne, at vikarer og timelønnet personale ikke altid havde adgang til journalen og behandlingsstedet anvendte koder, der blev brugt af flere. Koderne blev ikke lukket ned efter ophør af en medarbejdes vagt. Der var kun et begrænset antal koder til rådighed. I en ud af to stikprøver, havde en vikar dokumenteret i journalen uden at det fremgik klart, hvem vikaren var.</p>
3:	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X		<p>I to ud af to stikprøver, var den sygeplejefaglige vurdering i forhold til patienternes aktuelle og potentielle problemområder ikke fyldestgørende beskrevet. Det sås endvidere, at der ikke var foretaget ændringer i beskrivelsen af problemområder, efter at tilstande var ændret. En patient havde flere gange inden for det seneste år haft diabetisk fodsår. Siden det var helet sidst (for måneder siden), var oplysningerne ikke ajourført og det fremstod som et fortsat aktuelt problem. I samme stikprøve, var det ikke beskrevet som aktuelt problem, at en patient havde behov for særlig kost grundet diabetes. Der var ikke lagt plan for patientens ernæringsindsats. En anden patient havde en kompleks smerteproblematik. Det fremgik ikke, hvor patientens smerte var lokaliseret og hvilke sygeplejefaglige indsatser samt observationer, der skulle gøres i forhold til dette. I begge stikprøver var der relevante problemområder som var gjort inaktive og derfor ikke beskrevet som aktuelt eller potentielt problem, dette gjaldt b.la. søvn/hvile, udskillelse af affaldsstoffer, smerter og funktionsniveau. Medarbejderne havde ikke i alle tilfælde tilstrækkeligt kendskab til patienterne, til at kunne redegøre for den manglende journalføring.</p>
4:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser</u></p>		X		<p>I to ud af to stikprøver fremgik aftaler med behandlingsansvarlige læger ikke og det fremgik ikke, hvilke aftaler der var om kontrol af kroniske sygdomme. I begge stikprøver var der b.la. tale om kontrol af blodtryksbehandling. I en</p>

	<u>samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>				stikprøve manglende der beskrivelse af plan for opfølgning på depressionsbehandling. Medarbejderne havde ikke i alle tilfælde tilstrækkeligt kendskab til patienterne, til at kunne redegøre for den manglende journalføring.
5:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I to ud af to stikprøver fremgik plan for behandlingen ikke og derfor ej heller foretaget relevant opfølgning og evaluering på problemområderne.</p> <p>I en stikprøve var det hos en patient med svær smerteproblematik og deraf behandling med både fast morfika og pn morfika ingen behandlingsindikationen, og plan for smertebehandlingen fremgik ikke. Medarbejder kunne ikke redegøre for planen med den medicinske behandling og hvornår det var indiceret at tilbyde patienten pn medicin. Ligeledes fremgik det ikke, hvad planen var for den medikamentelle indsats pga. obstipation, hvor der ligeledes var en pn ordination.</p> <p>I en ud af to stikprøver var det beskrevet, at patienten fik kontrolleret blodsukker pga. prednisolonbehandling. Medarbejderne var ikke bekendt med dette og det blev konstateret, at der ikke var foretaget blodsuktermåling i 8 måneder. Det fremgik ikke, hvorvidt det var ophørt efter aftale med behandlingsansvarlig læge, men ikke rettet i journalen eller hvorvidt ordinationen ikke længere blev fulgt.</p>

## Delegation

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

## Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

7:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		I instruksen for akut opstået sygdom var det beskrevet, at den ansvarshavende skal tilkaldes før evt. kontakt til læge eller alarmcentral 112. Dette kan i akutte situationer forlænge tiden inden patient modtager relevant behandling.
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 men den blev ikke efterlevet og var således ikke tilstrækkeligt implementeret. Det gjaldt bl.a. i forhold til flerstrengt dokumentation af medicinordinationer, samt personalets ansvar i samarbejde med de praktiserende læger.</p> <p>I to ud af to stikprøver var der fejl i doseringsæskerne og således svigt i egenkontrol i forbindelse med dispenseringsprocessen.</p> <p>Derudover beskrev medicininstruksen, at ved håndtering af ordinationsændringer kunne seponeret medicin fjernes fra doserede æsker, hvis personalet vurderede sikker genkendelse af tabletterne. Styrelsen for Patientsikkerhed anser dette for en patientusikker arbejdsgang.</p> <p>Behandlingsstedet beskrev, at der aktuelt ikke var en sikker arbejdsgang for mærkning af optrukne sprøjter til senere administration. Sprøjterne blev optrukket af behandlingsstedets sygeplejersker.</p>
10:		X		<p>Ved gennemgang af medicinliste sammenholdt med aktuel medicin i medicinbeholdning, fremgik det aktuelle handelsnavn ikke i to ud af tre stikprøver. I den ene stikprøve var der 8 præparater uden aktuelt handelsnavn.</p> <p>Ved gennemgang af journal, herunder medicinliste, fremgik der ikke en tydelig</p>

					behandlingsindikation i to ud af to stikprøver. Det vedrørte tabl. Pinemol hvor der var angivet indikationen "smerter", for kaps. Oxycodon (fast behandling) og kaps. Tradolan (pn behandling), var det anført som "stærke smerter" uden yderligere specificering af lokalisation. Medarbejder var ikke bekendt med den præcise behandlingsindikation og hvornår patienten skulle tilbydes smertestillende.
11:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning</u>		X		I to ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem medicinliste og antal tabletter i doseringsæsker. I en stikprøve manglede en tablet Valsartan 80 mg (mod forhøjet blodtryk) som morgendosis i 5 doseringsæsker. I en stikprøve var der dispenseret en tablet Entacapone 200 mg (antiparkinsonmiddel) for meget. I en stikprøve var ikke-aktuel medicin opbevaret sammen med aktuel medicin, det drejede sig om en æske med tablet Penomax som var seponeret. I tre af tre stikprøver var der præparater uden patientnavn og ordination. Hos en patient var det et antiparkinsonpræparat. Hos en anden patient var det præparater mod urinvejsinfektion, stærk smertestillende medicin, brusetablet for ekspektorat, benzodiazepin og prednisolon. Hos en tredje patient var der ikke navn på to insulinpenne. Der forelå i en af to stikprøver en æske indeholdende utensilier og adrenalin til brug ved anafylaktisk shock, hvor de to kanyler og sprøjter havde overskredet holdbarhedsdato. I en af tre stikprøver var der anvendt flere præparater med samme handelsnavn og det fremgik ikke tydeligt, hvilket præparat der blev dispenseret fra.

## Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I to ud af to stikprøver var patientens handleevne til at kunne give et informeret samtykke ikke vurderet (samtykkekompetence).

					Medarbejderne var ikke bekendt med regelsættet.
--	--	--	--	--	---

## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13:	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>		X		I lokal instruks for anvendelse af arbejdsdragt var det beskrevet, at privat tøj der blev anvendt som arbejdsdragt, skulle vaskes ved 60-80 grader. Personalet anvendte tøj der ikke kunne tåle vask på 60-80 grader og det blev observeret, at personalet anvendte tøj med lange ærmer. Det blev beskrevet, at der anvendes værnemidler ved udførelse af personlig hygiejne.

## Øvrige

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

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Lions Park Søllerød ejes og drives af fonden Lions Park Søllerød.
- Der var i alt 72 boliger fordelt på to huse, som var opdelt med henholdsvis tre og fire grupper med cirka 10 beboere i hver. Hvert hus havde en teamleder, og i hver gruppe var der en gruppekoordinator, der planlagde det daglige arbejde og fordelte dagens opgaver.
- Der var samlet ansat ca. 89 medarbejdere fordelt på sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. Der blev anvendt eksterne vikarer og timelønnet personale ved behov.
- Der var dagligt ca. 13 medarbejdere i fremmøde, fordelt på social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, evt. ufaglærte vikarer og timelønnet personale.
- 1 – 2 sygeplejersker gik på tværs i hele huset i dagvagt og aftenvagt. I nattevagterne kunne plejecentret tilkalde sygeplejersken fra kommunen ved behov og der var mulighed for, at denne videre kunne tilkalde akut teamet.
- Ved siden af plejeenheden har Lions Park 103 seniorboliger. Beboerne herfra benytter restauranten og et seniorcenter på Lions Park Søllerød. Sygeplejerskerne fra plejecentret yder sygepleje efter behov til beboerne i seniorcentret.
- Lions Park Søllerød har driftsoverenskomst med Rudersdal Kommune og modtager beboere efter den kommunale venteliste.
- Plejecentret havde tilknyttet en "plejecenter-læge", hvor ca. 50% af patienterne var tilknyttet.
- Lions Park Søllerød har implementeret FællesSprog III sammen med nyt Nexus i december 2017.
- I september var der tiltrådt ny plejecenterleder som havde taget initiativ til flere omstruktureringer bl.a var der indkøbt materialer til etablering af fælles medicinrum, som skulle medvirke til sikker medicinbehandling. Der var fremtidige planer om brug af tablets samt triagering af patienterne.

### 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.
- Styrelsen gennemgik to journaler og tre medicinbeholdninger. Tillige blev sundhedsfaglige instrukser gennemgået.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Jane Hald, konstitueret centerchef
- Iraj Fadaee Glenthøj, plejecenterleder
- Gruppekoordinatorer
- Sygeplejerske
- Fysioterapeut
- Social- og sundhedsassistenter
- Social- og sundhedshjælper

Tilsynsbesøget blev foretaget af: oversygeplejerske Helle Mahler og oversygeplejerske Sarah Sommer

## Øvrigt

Lions Park Søllerød havde tilsyn i 2015, hvor der ligeledes blev konstateret identiske fund inden for journalføring, patientens retsstilling samt medicinhandling. Sundhedsstyrelsen stillede krav til efterlevelse inden for alle områder.



## 5. 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, frasen 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, værgen 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.

---

<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

## 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 (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.

---

<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

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.<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