



Tilsynsrapport Berits Hjemmepleje A/S

Sundhedsfagligt, Reaktivt - Udgående tilsyn

Berits Hjemmepleje A/S
Klamsagervej 19B
8230 Åbyhøj

CVR- nummer: 38669362 P-nummer: 1022473561 SOR-ID: 795401000016002

Dato for tilsynsbesøget: 06-09-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2011-6607

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en overordnet redegørelse den 1. oktober 2021, der beskriver hvilke indsatser der iværksættes, hvem der er ansvarlig for indsatsen, en tidsplan for indsatsen og hvorledes der tænkes evaluering af indsatsen.

Den 4. oktober 2021 fremsendte Berits Hjemmepleje A/S en fremdriftsrapport som relaterede til de beskrevne indsatser i førnævnte redegørelse. Fremdriftsplanen beskriver hvilke tiltag der er iværksat i forhold til, at medarbejderne har adgang til og kan finde de sundhedsfaglige instrukser.

Generelt vurderes, at redegørelsen kunne gøres mere tydelig i forhold til hvilke planer der iværksættes, hvori planen består og hvorledes der fremadrettet sikres at de opnåede færdigheder og planer fastholdes.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har foretaget et indledende arbejde med henblik på at rette op på de beskrevne fund ved tilsynet den 6. september 2021. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft tilstrækkelige virkning i forhold til patientsikkerheden til, at patientbehandlingen kan varetages på forsvarlig vis.

Vi har derfor den 7. oktober 2021 givet behandlingsstedet påbud om, at indstille virksomheden fra den 8. oktober 2021 kl. 12.00, indtil styrelsen har vurderet, at påbuddet kan ophæves pba. fremsendte instrukser og redegørelser samt interviews af medarbejdere ved et opfølgende tilsyn.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **06-09-2021** vurderet, at der på **Berits Hjemmepleje A/S** er

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Sundhedsfaglige vurderinger og dokumentation

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at der var mangler i flere af de oprettede aktuelle problemområder. I flere tilfælde manglede en beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten, samt dokumenteret opfølgning og evaluering på den udførte pleje og behandling. Endvidere fremstod den sundhedsfaglige dokumentation ikke overskuelig og systematisk i journalerne. Manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation betød, at personalet i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, hvilke overvejelser, der var gjort, hvilken pleje og behandling, der var planlagt, og hvilken pleje og behandling, der var udført samt opfølgning og evaluering heraf.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der ikke var fulgt op på akutte situationer/ændringer i en patients tilstand. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på ændringer i patienters tilstande.

Mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Sundhedsfaglige instrukser

Personalet havde via tablet elektronisk adgang til Aarhus Kommunes instrukser, men personalets login til instrukser virkede ikke. Instrukser forelå i en mappe, hvor vi ved tilsynsbesøget konstaterede, at der ikke forelå en tilgængelig instruks for medicindispensering samt instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. Fravær af sundhedsfaglige instrukser indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på det enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale.

Medicinhåndtering

På baggrund af de fejl der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Manglerne i medicinhåndteringen var spredte og omhandlede eksempelvis manglende registrering af hvilken medicin en patient selv administrerede, fund af medicin der ikke var indtaget af patienten og medicin der ikke blev opbevaret forsvarligt.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering af medicininstruksen indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling.

Der er yderligere risiko for at patienter ikke får den rette medicin til rette tid (eller fejlmedicineres), når der er mangler i medicinhåndteringen.

Patienters retsstilling

Der var flere eksempler på, at patientens samtykkekompetence og handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalen.

Det er styrelsens vurdering, at manglende vurdering og opfølgning på patienternes handleevne samt manglende indhentelse af tilstrækkeligt samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, idet det derved ikke er sikret, at pleje og behandling sker med respekt for patienternes selvbestemmelsesret.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Det forhold, at de påviste mangler blev fundet i relation til den sundhedsfaglige journalføring, implementering af instrukser, fravær af instrukser og medicinhåndtering,

bevirker at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for den sundhedsfaglige dokumentation, fravær af instrukser og medicin håndtering, hvilket kræver målrettet arbejde med systematisk sygeplejefaglig dokumentation, implementering af instrukser og håndtering af medicin, inden målepunkterne kan opfyldes.

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

Der er den 1. oktober 2021 blevet afholdt et møde mellem Styrelsen for Patientsikkerhed, Berits Hjemmepleje A/S og Aarhus Kommune. Oplysningerne, der kom frem under mødet, er inddraget i styrelsens afgørelse.

2. Krav og henstillinger

Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

Målepunkt		Krav
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand 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
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
7.	Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke

	ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende Behandlingsstedet skal sikre, at aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> 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
13.	Observation og interview om procedurer for hygiejne	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret og følger den skriftlige instruks mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

3. Fund ved tilsynet

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>Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede i forhold til journalføringen, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke fremstod overskuelig og systematisk i journalerne. Der var manglende entydighed i, hvor den sundhedsfaglige dokumentation blev skrevet i journalerne, og medarbejderne havde dermed svært ved at fremfinde beskrivelser af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering i den sundhedsfaglige dokumentation. Der var ikke entydighed i, hvor oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser blev noteret i journalen.</p> <p>Det var under tilsynet i flere tilfælde svært for medarbejderne at finde de adspurgte oplysninger.</p> <p>Derudover blev der i vurderingen lagt vægt på, at instruks for journalføring ikke var fuldt implementeret blandt medarbejderne, idet instruks for den sundhedsfaglige dokumentation ikke blev fulgt.</p>
3. <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Den sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer blev vurderet og beskrevet af hjemmesygeplejen fra Aarhus Kommune. Ved ændringer i patienternes tilstand og problemområder kontaktede medarbejderne hjemmesygeplejen fra</p>

					<p>Aarhus Kommune, som herefter foretog opdatering og rettelser.</p> <p>I to ud af tre journalgennemgange var der mangler i vurdering af funktionsevnen. Eksempelvis var der hos en patient henvist til, at oplysningerne fandtes i den socialfaglige del af journalen, hvilket ikke kunne fremfindes af medarbejderne. Medarbejderne kunne ikke redegøre for de manglende oplysninger.</p> <p>I en ud af tre journalgennemgange fremgik det, at patienten skulle vejes to gange ugentligt. Det fremgik ikke af journalen, at dette var effektueret og medarbejderne kunne ikke redegøre for om det var udført.</p> <p>I en ud af tre journalgennemgange var hud og slimhinder ikke vurderet i nødvendigt omfang hos en patient med sår og trykspor. Personalet kunne ikke redegøre for patientens aktuelle tilstand.</p> <p>I en ud af tre journalgennemgange var respiration ikke vurderet i nødvendigt omfang hos en patient med KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse). Patienten havde for nylig været indlagt på sygehus med lungeinfektion, men problemområdet var ikke opdateret i forhold til dette. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende opfølgning efter udskrivelsen.</p> <p>I to ud af tre journalgennemgange var søvn og hvile ikke vurderet. Hos en patient med KOL var søvn ikke vurderet. Hos en anden patient med pn-ordination af sovemedicin, var søvn ikke vurderet. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering.</p> <p>I to ud af tre journalgennemgange var udskillelser ikke vurderet i nødvendigt omfang. Hos en patient var der beskrevet et forbrug af laksantia, hvor patienten ikke fik laksantia og medarbejderne redegjorde for, at patienten ikke havde afføringsproblemer, men dette var ikke journalført.</p>
--	--	--	--	--	--

4.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X	<p>I forhold til oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser, var der mangler og forskelle i journalføring af disse.</p> <p>I en journal var der ikke nogen oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser.</p> <p>I en anden journal manglede der i oversigten anført, at patienten havde depression og osteoporose.</p> <p>I en tredje journal var der anført en lang liste med diagnosekoder og der var ikke suppleret med patientens funktionsnedsættelser.</p> <p>I to af journalerne fremgik ikke, hvilke aftaler der var indgået med behandlingsansvarlige læger. Personalet kunne ikke redegøre for manglerne.</p> <p>Hjemmesygeplejen fra Aarhus Kommune vurderede og udfyldte oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser. Medarbejderne fra Berits Hjemmepleje kunne supplere ved ændringer og tilrette oversigten. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende opdatering af oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser.</p>
5.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X	<p>I tre ud af tre journalgennemgange var den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering mangelfuld.</p> <p>I en journalgennemgang manglede der en opfølgning på et begyndende udslæt. Endvidere lå der mange poser med dosisdispenseret medicin, som patienten ikke havde indtaget. Der var ikke evalueret på dette.</p> <p>Hos samme patient manglede der en opdateret status på patientens operation i blæren, samt nylig behandling for urinvejsinfektion. Personalet kunne ikke redegøre for ovenstående.</p> <p>I en anden journalgennemgang havde patienten KOL, og der var en korrespondancemeddelelse fra nylig indlæggelse på sygehuset, hvor</p>

					<p>sygehuset bad om en opfølgning på patientens brug af PEEP-fløjte og inhalationsteknik. Der var ikke fulgt op på denne behandling, og personalet kunne ikke redegøre for, om der var handlet på dette.</p> <p>I samme journal var der en beskrivelse fra august 2021 om, at patienten skulle vejes x 2 ugentligt. Der kunne ikke fremfindes målinger eller notater som opfølgning på den ordinerede vægtskontrol.</p> <p>I samme journal var der en beskrivelse fra aftenvagten aftenen før, at patienten var respiratorisk dårlig og gerne ville have hjælp til lægekontakt dagen efter. Der var ikke fulgt op på patientens tilstand eller taget kontakt til læge. Trods besøg i hjemmet om formiddagen og henstilling fra tilsynets side til, at dette skulle effektueres, var der stadig ikke reageret eller journalført herom kl. 15 om eftermiddagen.</p> <p>Personalet kunne ikke redegøre for at der ikke var handlet i forhold til ændringer i patientens tilstand.</p> <p>I en tredje journalgennemgang havde patienten et traumesår, som patienten havde pådraget sig i panden pga. et fald i hjemmet. Forbindingen var gennemsivnet og havde været det i flere dage uden reaktion på dette. Patienten bad ved tilsynet om at få den skiftet og medarbejder fra Berits Hjemmepleje skrev under tilsynet til hjemmesygeplejen i Aarhus Kommune med anmodning om, at forbindingen skulle skiftes.</p> <p>Personalet havde ikke journalført, at der var gennemsivning af forbindingen og kunne ikke redegøre for den manglede skiftning af forbindingen.</p>
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	I Berit's Hjemmepleje blev der ikke udført opgaver i forbindelse med rammedelegation.

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7. <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		Instruksen for pludselig opstået sygdom/ulykke blev ikke fulgt. Det konstaterede styrelsen bl.a. ved en journalgennemgang, hvor der ikke var fulgt op på opstået sygdom hos en patient, der var kendt med KOL og for nylig havde været indlagt herfor. Som beskrevet under målepunkt 5, havde patienten dagen forinden tilsynet (søndag) anmodet om lægekontakt grundet vejrtrækningsbesvær og feber. Der var i journalen beskrevet, at der skulle tages kontakt til lægen førstkommande hverdag (om mandagen - tilsynsdagen). Ved journalgennemgang på tilsynsdagen, fandtes der ikke dokumentation for om der var taget kontakt til læge, ej heller en status på patientens tilstand. Medarbejderne kunne ikke redegøre for opfølgning og handling på patientens opståede sygdom.
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. <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		Der forelå en instruks for medicinhåndtering, men denne var ikke fyldestgørende, idet der manglede en instruks for medicindispensering. Instruksen var ikke implementeret, idet personalet ikke kunne redegøre for, hvor de kunne finde den og pga. de fejl der blev fundet i stikprøverne.
10. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I to ud af tre medicingennemgange var præparatets aktuelle handelsnavn for flere præparater ikke opdateret. Eksempelvis var tablet Metoprolol anført på medicinlisten, men det var tablet Metoprololsuccinat, der blev anvendt. I

					<p>en anden medicingennemgang var tabl Kaleorid anført på medicinlisten, men det var tablet Kaliumklorid Sandoz, som blev anvendt.</p> <p>I en ud af tre medicingennemgange fremgik det ikke af medicinlisten, at patienten var selvadministrerende omkring flere pn præparater. Det var dermed ikke tydeligt, om det var personalet eller patienten selv, der administrerede sin pn medicin.</p>
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning</u>		X		<p>I en ud af tre medicingennemgange var der fund af flere dosis-pakkede poser fra 12 datoer fra 2020 og 2021 fra apoteket i beholdningen med aktuell medicin. Personalet redegjorde for, at det var gammel medicin, som patienten enten havde glemt eller ikke ønsket at indtage. I samme beholdning med aktuell medicin var der fund af tablet Penomax for blærebetændelse, som var seponeret. I samme beholdning var der fund af to løse tabletter og fem løse i dosis-æske. Personalet kunne ikke redegøre for ovenstående mangler i medicinbeholdningen.</p> <p>Ved en anden medicingennemgang stod der et glas med tablet prednisolon fremme på køkkenbordet. Personalet kunne redegøre for, at dette præparat ikke længere var aktuelt og skulle i kassen med ikke aktuell medicin.</p> <p>I en medicingennemgang var to doseringsæsker ikke mærket med patientens navn og cpr. nummer.</p> <p>I en akut-taske var der fund af strimler til blodsuktermåling, som var udløbet april 2021.</p>

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I en ud af tre journalgennemgange var patientens habilitet ikke beskrevet.

Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>		X		Der forelå ikke en skriftlig instruks for hygiejne. Ledelse og medarbejdere kunne ikke redegøre for, hvorfor der ikke forelå en instruks for hygiejne. Der blev observeret en forsvarlig håndtering af hygiejnen, men personalet havde ved fravær af instrukser for hygiejne ikke et fundament til at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme, m.v.

Øvrige fund

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X	Der var ikke øvrige fund

4. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Berit's Hjemmepleje var et privat hjemmeplejefirma som leverede personlig pleje og omsorg, praktisk hjælp samt overdragede sundhedslovsydelser til borgere i Aarhus Kommune. Berit's Hjemmepleje havde driftsoverenskomst med Aarhus Kommune
- Berit's Hjemmepleje leverede ydelser efter sundhedsloven § 138 til 67 borgere samt ydelser efter serviceloven til 1381 borgere i Aarhus Kommune
- Berit's Hjemmepleje havde en afdeling i Horsens, hvor der var tæt samarbejde omkring ledelse og kvalitetsarbejde
- Der var ansat en sygeplejerske (p.t. på barsel), tre social- og sundhedsassistenter og 21 social- og sundhedshjælpere, 18 ufaglærte medarbejdere, samt en daglig leder og en medarbejder der varetog økonomi og kvalitetsarbejde. Herudover var der ansat timelønnede afløsere fordelt på to social- og sundhedsassistenter og 32 ufaglærte medarbejdere
- Berit's Hjemmepleje varetog opgaver fordelt i hele Aarhus Kommune og havde i dagvagt 16 ruter, i aftenvagt seks ruter og om natten to ruter. Medarbejderne arbejdede i teams á to personer og én rute blev varetaget af et team
- Nye medarbejdere og vikarer havde oplæring i form af to introdage på kontoret samt to følgedage med en sundhedsfaglig medarbejder
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med borgerkonsulenter (visitation) og sygeplejen fra Aarhus Kommune
- Ved overdragelse af sundhedsfaglige opgaver fra Aarhus Kommune, blev de sygeplejefaglige problemområder (helbredstilstande) og aktuelle pleje- og behandlingsplaner (handlingsanvisninger) vurderet og beskrevet af hjemmesygeplejen fra Aarhus Kommune. Ændringer kunne tilføjes af medarbejderne fra Berit's Hjemmepleje efter aftale med hjemmesygeplejen i Aarhus Kommune
- De sundhedsfaglige opgaver bestod primært af medicinhåndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse
- I Berit's Hjemmepleje blev der kontinuerligt udført egenkontrol, hvor kvalitetsmedarbejder udtog fire stikprøver hver måned
- Der forelå kompetenceskemaer for alle medarbejdere
- Berit's Hjemmepleje havde kompetenceudvikling af personalet i form af personalemøder, uddannelse og oplæring ved specifikke opgaver samt ønsker fra personalet. Medarbejderne i Berit's Hjemmepleje havde adgang til VAR (elektronisk procedure og vidensbase for sundhedsprofessionelle)
- Berit's Hjemmepleje anvendte instrukser fra Aarhus Kommune. Instrukser blev udprintet og stod i en mappe på kontoret
- Berit's Hjemmepleje anvendte journalsystemet Cura og metoden Fælles sprog 3.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et Reaktivt tilsyn på baggrund af bekymringshenvendelser fra pårørende til modtager af pleje og hjælp fra Berit's Hjemmepleje, medarbejder fra hjemmesygeplejen i Aarhus Kommune samt Aarhus Universitetshospital.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for tilsyn på plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2019-2021 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt ved tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog

- Heidi Hansen, daglig leder (var primært i afdelingen i Horsens)
- Else-Marie Frandsen, ansvarlig for økonomi og kvalitet
- En sygeplejerske (primært ansat i Horsens som kvalitetssikringsmedarbejder)
- To social- og sundhedsassistenter

Ved tilbagemelding på tilsynet deltog endvidere

- Jacob Nielsen, konsulent i Fællesstaben i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune
- Bodil Skov, kvalitetskonsulent i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

Tilsynet blev udført af

- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, oversygeplejerske
- Sussi Albrechtsen, oversygeplejerske

5. 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](#)

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, fraset 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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:

- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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](#)

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](#)

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:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)

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](#)

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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering 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 medicinbeholdning- 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
- Doseringssæsker 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
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell 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 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](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

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.

- Samtykke kompetence/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 samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- **Informeret samtykke:**

Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [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](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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 af 7. juni 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](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

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

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. 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 sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn³. 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 i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også 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 Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ 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.

⁴ 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 til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet⁵. 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 tilsynet⁶. 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 patientsikkerheden⁷.

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 Tilsynsrapporter⁸. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet⁹. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ 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

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ 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 delvist¹¹.

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 tilsynsbesøg¹², afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, 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.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1