



Tilsynsrapport Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj

Reaktivt tilsyn, 2019

Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj
Kikhøjparken 1
4300 Holbæk

CVR- eller P-nummer: 1003289988

Dato for tilsynsbesøget: 22. oktober 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-5239/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af præcisering af antallet af børn, samt navn, uddannelse og titel på nuværende ledelse, og konstaterer, at de uopfyldte målepunkter stadig ikke er bragt i orden.

Styrelsen for Patientsikkerhed finder derfor ikke grundlag for at ophæve påbuddet til Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj.

Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj har herudover oplyst, at behandlingsstedet lukker senest den 30. november 2019, at der er fundet nye boliger for alle børn, og det sidste barn fraflytter til nyt botilbud den 18. november 2019.

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, eller at der ikke grundlag for at opretholde påbuddet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 22. oktober 2019 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at en række målepunkter vedrørende journalføring og medicin håndtering ikke var opfyldt. Det forhold at de påviste mangler, der blev fundet i relation til de to områder, var gennemgående ved tilsynet betyder, at styrelsen vurderer, at behandlingsstedet har større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere lagt vægt på, at den manglende sundhedsfaglige dokumentation var gennemgående. Mangelfuld journalføring i flere dokumenter uden hovedjournal, 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.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der for en række målepunkter vedrørende medicinhåndtering var manglende systematik og fejl i forhold til håndtering af beboernes medicin. Mangler og fejl i medicinhåndtering indebærer alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Institutionens ledelse havde gennem den seneste tid arbejdet målrettet med at strukturere institutionens drift og afvikling i forbindelse med at Socialtilsynet havde truffet afgørelse om at inddrage tilladelsen til at drive behandlingsstedet. På baggrund af det anmeldte opfølgende reaktive tilsyn havde bostedet udfærdiget en handleplan for opfyldelse af målepunkterne for tilsynet. Denne handleplan blev gennemgået ved tilsynet. Ledelse og medarbejdere var interesserede i at drøfte deres praksis med de tilsynsførende. Det er styrelsens vurdering, at medarbejderne udviste stort engagement og kendskab til de enkelte beboere. Der var under tilsynet en god og konstruktiv drøftelse af de sundhedsfaglige problemstillinger hos bostedets målgruppe med udgangspunkt i tilsynets aktuelle målepunkter.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på antallet af uopfyldte målepunkter og det forhold, at der var tale om gennemgående fejl inden for journalføring og medicinhåndtering. Styrelsen vurderer på denne baggrund, at der fortsat er tale om større problemer for patientsikkerheden.

Sammenfatning af fund

Der var fire uopfyldte målepunkter, som udløser fire krav inden for områderne instrukser, journalføring, medicinhåndtering og hygiejne.

Inden for temaet *Behandlingsstedets organisering* var målepunkterne opfyldt.

Inden for temaet *Journalføring* var tre målepunkter ikke opfyldt og udløser tre krav.

Der var ikke en systematisk arbejdsgang for hvor informationer om beboernes pleje og behandling blev dokumenteret i journalerne. Der var mangler i forhold til beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer. Endvidere blev der journaliseret i op til tre forskellige journal- eller dokumentationsdele, der var ikke defineret en hovedjournal, og ingen henvisning til øvrige dokumenter.

Inden for temaet *Medicinhåndtering* var et målepunkt ikke opfyldt og udløser et krav.

Der var anvendt præparater med forskellige handelsnavne i samme doseringsforløb uden at dette fremgik af medicinlisten.

Flere beholdere indeholdende medicin havde påsat label med anden dosering end den for tiden pålydende ordination, uden der var dokumentation herfor, hverken i bemærkningsfeltet på medicinlisten eller i journalen.

Endvidere var der dispenseret tabletter som var delt i kvarte, selvom der kun var én delekærv i tableten, og de delte tabletter var derfor ikke ens i størrelsen, hvilket indikerer at det aktive stof ikke er dispenseret korrekt. Den behandlingsansvarlige læge var kontaktet, og havde således journalført og accepteret proceduren. Proceduren er forelagt lægemiddelstyrelsen, og de har i dette konkrete tilfælde ingen indvendinger.

Inden for temaet *Hygiejne* var målepunktet opfyldt.

Inden for temaet *Diverse* var målepunktet opfyldt

Der var ingen øvrige fund.

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 alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 6)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at opretholde påbuddet om, at behandlingsstedet skal opfylde visse sundhedsfaglige krav.

Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj har den 19. august 2019 orienteret styrelsen om, at behandlingsstedet lukker senest den 30. november 2019, og at der er udarbejdet en plan for hvordan de sundhedsfaglige opgaver sikres frem til lukningen.

Der er aktuelt fem børn på bo delen og fire der benytter aflastningen. Der er igangværende dialog mellem forældre, Kikhøj, forvaltningen i Holbæk, og andre kommuner om at flytte de sidste børn, og for nuværende mangler der en aftale for et barn. Behandlingsstedet oplyste, at de ville medgive alle mapper til børnenes fremtidige institution/hjem.

Behandlingsstedet anmodes om at fremsende information om, hvornår den sidste borger er fraflyttet elev- og aflastningshjemmet Kikhøj, samt at journaler følger borgeren eller opbevares sikkert i kommunen. Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed har konstateret, at Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj er lukket og nedlagt.

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet af 20. august 2019.

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 20. august 2019 et påbud til Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj

1) at sikre forsvarlig medicinbehandling fra dags dato,

2) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom fra datoen for endelig afgørelse, herunder at sikre udarbejdelse og implementering af instruks for sundhedsfaglig dokumentation inden den 3. september 2019, og

3) at sikre en forsvarlig hygiejne på behandlingsstedet, herunder sikring af både forsvarlig håndhygiejne og efterlevelse af De Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer fra dags dato.

Styrelsen er bekendt med, at Kikhøj den 20. august 2019 har orienteret styrelsen om, at Kikhøj lukker senest den 30. november 2019, og at Kikhøj har tilkendegivet, at der vil blive lagt en plan for de sundhedsfaglige opgaver indtil da.

Fokus for opfølgende tilsyn d. 22. oktober 2019

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i det opfølgende tilsyn på:

Det opfølgende tilsyn vil ud over den førnævnte plan omfatte følgende målepunkter, som omfatter de fund fra uopfyldte målepunkter fra tilsynet den 7. maj 2019:

- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 6)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med de behandlende læger om kontrol af kroniske sygdomme ved den medicinske patient (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8)

- Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne (målepunkt 15)

3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Fund fra tilsynsbesøg d. 22. oktober 2019

Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4: <u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>	x			
5: <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>		x		Der blev stadig dokumenteret i flere forskellige systemer: Der var etableret en sundhedsmappe, men der blev stadig dokumenteret observationer og planer af sundhedsmæssig karakter i andre mapper, og der var ikke henvisninger hertil. Der var ikke defineret en hovedjournal, og der var ingen henvisninger mellem de forskellige journaldele.
6: <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		Der kunne ikke fremfindes en tilstrækkelig skriftlig vurdering, men personalet kunne mundtligt redegøre for børnene, deres behov og den udførte pleje og behandling.
7: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	x			
8: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation</u>		x		Der kunne ikke fremfindes en tilstrækkelig sundhedsfaglig dokumentation, hverken for den aktuelle

	<u>vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>				pleje og behandling eller evaluering og opfølgning, men personalet kunne mundtligt redegøre for børnene, deres behov for pleje og behandling samt hvornår der var aftalt opfølgning, og hvad de skulle observere samt evaluere.
--	--	--	--	--	---

Medicinhandling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		x		Tilsynet fandt to præparater der manglede aktuelt handelsnavn på medicinlisten, f.eks. Risipemyl og Risperidol. Flere beholdere indeholdende medicin havde påsat label med anden dosering end den for tiden pålydende ordination, uden der var dokumentation herfor, hverken i bemærkningsfeltet på medicinlisten eller i journalen. Ved andre ordinationsændringer havde man gjort opmærksom på ændringen. Tabletter (Frisium) med delekærv til halv dosering var delt endnu en gang til kvarte uden delekærv. Derudover var de kvarte stykker ikke lige store, hvilket indikerer, at det aktive stof ikke er dispenseret i henhold til ordinationen. Der var journalført lægenotat herpå. Styrelsen tog dokumentationen med tilbage for nærmere undersøgelse, og konkluderer i dette konkrete tilfælde, at der ikke er indvendinger i forhold til proceduren.
12: <u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>	x			
13: <u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>	x			

Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u>	x			.

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

Elev- og aflastningshjemmet Kikhøj består af en boenhed og en aflastningsenhed, og er en del af Børnespecialcenter 2 i Holbæk kommune. Der er henholdsvis 15 og 12 pladser. Kikhøj boafdeling er et tilbud til udviklingshæmmede børn og unge med autistiske træk, infantil autisme, forskellige former for hjerneskader, svært behandlelig epilepsi og hyperaktiv adfærd. Kikhøj aflastning er et tilbud til familier med hjemmeboende børn eller unge med psykiske og/eller fysiske handicaps. Kikhøj ledes af Inge Kolls, specialkonsulent i kerneområdet Aktiv Hele Livet, samt afdelingsleder Anne Lone Lindquist, cand.tec.soc.

Kikhøj ligger i udkanten af Holbæk som en del af et lavt bygget boligkompleks, tæt ved skov og naturpark.

Kikhøj er bygget som 5 sammenhængende parcelhuse og er handicapvenligt indrettet. Der er 4 selvstændige grupper med egen opholdsstue, køkken og badeværelse, hver gruppe har plads til 6 beboere. Huset er opdelt i 2 bogrupper og 2 aflastningsgrupper.

Personalet består langt overvejende af pædagogisk uddannet personale, men der er også køkkenpersonale og rengøringspersonale ansat. Det blev ved tilsynet oplyst, at der er rekrutteringsmæssige udfordringer, og der er kun få ansatte tilbage, hvorfor der gøres brug af en del egne vikarer. Der er personale hele døgnet med vågen nattevagt. Almen praktiserende læge konsulteres ved behov og der kan ske hjemmekonsultationer på Kikhøj, derudover er der et samarbejde med forældrene. Der samarbejdes med Børn og unge psykiatrisk afdeling på Holbæk sygehus, oligofreni teamet på Slagelse samt Filadelfia og diverse speciallæger og tandlæger. De pædagogiske metoder tilpasses det enkelte barn. Metoderne er bl.a. totalkommunikation, TEACCH, sansning og bevægelse, Marte Meo og Low arousal. Der tilbydes en række fritidstilbud, såsom musik, sang, gymnastik, svømning og en årlig kolonitur samt deltagelse på festivaler for udviklingshæmmede.

Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg. Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

- Tilsynsbesøg

- Styrelsen har medbragt dokumentation i form af et udskrift fra en behandlende læge til videre undersøgelse i forhold til om det er muligt at dele en tablet ud over den delekærv der er påført fra leverandøren. Styrelsen har sendt databrev til den omhandlende patient.
- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentationen for tre patienter blev gennemgået. Behandlingsstedet oplyste at der for nuværende kun boede fem børn, og fire benyttede aflastningspladserne. De øvrige børn var flyttet.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til midlertidig og konstitueret leder Inge Kolst, specialkonsulent fra Holbæk Kommune samt afdelingsleder Anne Lone Lindquist, og det pædagogiske personale som deltog i tilsynet.
- Tilsynet blev foretaget af: Charlotte Kern, oversygeplejerske og Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske.

• Bilag

Uddybning af målepunkter

[↑Tilbage til oversigt](#)

Journalføring

4: Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation

Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.

Ved gennemgang af instruksen skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. være beskrevet

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

5: Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en 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 og hvad disse indeholder eller i andet format
- 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](#)

6: 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](#)

7: 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 medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse 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](#)

[Den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om:

- den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges.

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](#)

Medicin håndtering

↑Tilbage til oversigt

↑Tilbage til oversigt

11: 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 enkelt-dosis 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

↑Tilbage til oversigt

[↑Tilbage til oversigt](#)

Hygiejne

15: Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme

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:

[Autorisationsloven, LBK nr. 1141 af 13. september 2018, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[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](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

17: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Reference:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016.](#)

[↑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 tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn 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.

¹ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

³ 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 journaloplysninger⁴.

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 behandlingsstedet⁵. 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 journaloplysninger⁶.

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.

⁴ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁶ 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.⁷

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁸.

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.⁹

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 tilsynsbesøg¹⁰, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁷ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

⁸ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

⁹ Se sundhedsloven § 215 b

¹⁰ Se sundhedsloven § 213, stk. 1