



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Hjemmeplejen Stenhusvej

Reaktivt tilsyn, 2018

**Hjemmeplejen Stenhusvej
Stenhusvej 21**

4300 Holbæk

CVR- eller P-nummer: 1010631412

Dato for tilsynet: 28-06-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-1317/3

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 28. juni 2018 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på et møde mellem Styrelsen for Patientsikkerhed og ledelsen af Holbæk Kommunes Hjemmepleje den 23. maj 2018, indsendte audits på fire stikprøver á hver ti patienter og et reaktivt tilsyn den 28. juni 2018.

På mødet den 23. maj 2018 blev der drøftet løsningsforslag med henblik på at forbedre patientsikkerheden i Hjemmeplejen Stenhusvej. Det blev oplyst, at der havde været undervisning af personale, og at dispensering af risikomedicin fremover blev varetaget af sygeplejersker. Kommunen havde været i dialog med de praktiserende læger i kommunen med henblik på at efterleve styrelsens krav omkring dokumentation ved ordination af medicin til patienter i blodfortyndende behandling. Med baggrund i drøftelserne vurderede styrelsen, at Hjemmeplejen Stenhusvej ugentligt skulle foretage stikprøver ift. medicin håndtering, som løbende skulle rapporteres til styrelsen, hvorefter styrelsen skulle foretage et nyt tilsyn på behandlingsstedet.

Styrelsen har modtaget og gennemgået de tilsendte audits, og har vurderet, at disse viste fund af mindre betydning for patientsikkerheden. Ved tilsynsbesøget den 28. juni 2018 blev der foretaget observationer, interview og journalgennemgang. Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede, at målepunkterne vedrørende medicin håndtering var opfyldt med undtagelse af to fund af mindre betydning i form af et præparat, hvor udløbsdato for holdbarhed var overskredet, samt en tablet for meget i en doseringsæske.

Procedure for ordination og dokumentation af blodfortyndende medicin blev gennemgået og fundet patientsikker.

Ovenstående mangler vurderes at kunne udbedres, og det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer med den vejledning, der blev givet i forbindelse med tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer således samlet set, at der aktuelt er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 6. september 2017 et varslet risikobaseret tilsyn i Hjemmeplejen Stenhusvej, Holbæk Kommune, hvor styrelsen blev opmærksom på flere kritisable forhold vedrørende journalføring af den udførte sundhedsfaglige behandling samt medicinhandling.

Den 1. februar 2018 gav Styrelsen for Patientsikkerhed et påbud til Hjemmeplejen Stenhusvej, Holbæk Kommune om at sikre tilstrækkelig journalføring og forsvarlig medicinhandling.

Den 10. april 2018 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende reaktivt tilsyn med vurdering af målepunkter inden for journalføring og medicinhandling med henblik på at konstatere, om påbuddet var efterlevet. Påbuddet var efterlevet i forhold til journalføring men ikke i forhold til medicinhandling.

Efter tilsynet den 10. april 2018 har styrelsen afholdt møde med Holbæk Kommune den 23. maj 2018, hvor det blev besluttet, at Hjemmeplejen Stenhusvej skulle indsende audits på medicinhandling på ti patienter en gang ugentligt over en periode på 4 uger. Der blev efterfølgende foretaget et nyt tilsyn den 28. juni 2018 med udgangspunkt i målepunkter for medicinhandlingen samt patientsikker procedure for ordination af blodfortyndende medicin.

Fund

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

I to ud af tre stikprøver fremgik det ikke af den sundhedsfaglige dokumentation, om patienten var vurderet til at kunne samtykke til pleje og behandling, eller om der blev givet stedfortrædende samtykke.

I en stikprøve ud af fem var der i én doseringsæske ikke overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinlisten og i doseringsæsken, hvor det skal bemærkes, at patienten selv havde haft tabletterne, for hele døgnet, ude af doseringsæsken for at tælle antallet af tabletter. I en stikprøve var der dispenseret medicin, hvor holdbarhedsdato var overskredet.

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

Henstillinger

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

- at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsken /doseringsposerne (målepunkt 19)
- at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato (målepunkt 28)
- at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 36)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående krav.

2. Fund

Ved interview fremlagde ledelsen, at der efter tilsynet den 6. september 2017 var udarbejdet en handleplan med henblik på at rette op på patientsikkerheden i relation til journalføring og medicinhandling.

Handleplanen indeholdt beskrivelse af den konkrete indsats, tidsplan, ansvarlig for implementeringen samt en evaluering og opfølgning.

Der var planlagt ændret opsætning af journalsystem som understøttede dokumentation af de 12 sygefaglige problemområder. Der var foretaget undervisning af sygeplejersker som omhandlede både den sygeplejefaglige og tekniske del af den elektroniske journal.

I relation til medicinhandling var der ved personalemøde undervist i korrekt medicinhandling og der var planlagt fremadrettet stikprøvekontrol på medicinhandlingen.

Ved tilsynet den 28. juni 2018 var der arbejdet målrettet og systematisk på at sikre en patientsikker ordination og dispensering af blodfortyndende medicin. Problemstillingen var løftet til regionalt niveau og de praktiserende læger havde ændret praksis, så blodfortyndende medicin blev ordineret patientsikkert.

Samtidig var der i forbindelse med ugentlige audit arbejdet på organisations- og individ niveau for at sikre medicinhandlingen. Fremadrettet er der planlagt fastlagt audit på håndtering af medicin.

Patientforløb og journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	X			
Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge	X			
Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			
Informeret samtykke	X			
Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal	X			

Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
	<u>Dato for ordination og/eller seponering</u>	X			
	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>	X			
	<u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>	X			
	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	X			
	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	X			
	<u>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	X			
	<u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>	X			
	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>	X			
	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>		X		<p>I en ud af fem stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem antal tabletter i én doseringsæske og medicinlisten. I den doseringsæske, som blev administreret på tilsynsdagen, var der dispenseret en vanddrivende tablet kl.18, som ikke var oplyst på medicinlisten. Patienten, som selv administrerede sin medicin, oplyste at hun hver morgen hældte sine tabletter ud og talte, om det rigtige antal var dispenseret.</p> <p>Personale oplyste at patientens medicin var kontrolleret dagen før tilsynet, hvor antal tabletter stemte overens med medicinlisten. Det er derfor vanskeligt at vurdere, hvor fejlen er opstået, under dispenseringen eller når patient selv har talt sine tabletter.</p>
	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>	X			

	<u>Dispenseret pn. medicin</u>			X	
	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	X			
	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>	X			
	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	X			
	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>			X	
	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>	X			
	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>		X		I en ud af fem stikprøver havde et vanddrivende præparat overskredet udløbsdag. Udløbsdato var maj 2018, der var dispenseret medicin fra æsken.
	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>			X	

Generelt

:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>		X		I to ud af tre stikprøver fremgik det ikke af den sundhedsfaglige dokumentation om patienten vurderes til, helt eller delvist, at have evne til at give informeret samtykke til pleje og behandling og/eller om der blev givet stedfortrædende samtykke.
---	--------------------------------------	--	---	--	--

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		Det blev oplyst ved tilsynet den 10. april 2018, hvor den sundhedsfaglige dokumentation blev gennemgået, at en ny skabelon til dokumentation af de sygeplejefaglige optegnelser skulle implementeres primo maj 2018. Ved tilsynet den 28. juni 2018 blev det oplyst, at den implementerede skabelon ikke fungerede optimalt og at systemleverandøren inden for de næste uger ville opdatere systemet, så dokumentationen lever op til gældende vejledning om sygeplejefaglige optegnelser.

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmeplejen Stenhusvej er organiseret i to team med hver sin teamleder Annette Stoltze og Lene Schulte. Der er ansat social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistent samt sygeplejersker. Til hjemmeplejen er der mulighed for kontakt til speciale sygeplejersker indenfor, palliation, inkontinens og sårbehandling.
- Hvert team mødtes hver dag med en sygeplejerske og risikovurderede patienternes helbredstilstand. Der blev afholdt ugentlige tværfaglige dialogmøder i hvert team.

Om tilsynet

- Begrundelse for tilsynet: Reaktivt opfølgende tilsyn på baggrund af påbud om at sikre tilstrækkelig journalføring og forsvarlig medicinbehandling. Påbuddet blev givet den 1. februar 2018 på baggrund af et planlagt tilsyn den 6. september 2017.
- Ved det reaktive tilsyn blev der anvendt de samme målepunkter, som ved det planlagte tilsyn i september 2017 (Målepunkter til hjemmepleje/hjemmesygepleje/plejecentre 2017)
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til: Leder af hjemmeplejen Camilla Hove Lund, teamleder Annette Stoltze og Lene Schulte samt en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent.
- Tilsynet blev foretaget af: Lone Lind Pedersen, oversygeplejerske og Helle Mahler, oversygeplejerske.

4. Bilag

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

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

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

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

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

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

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsynsbesøg er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet. Efter tilsynet får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering. Der laves derefter en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet på samme måde, som det sker ved de planlagte tilsyn. Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for de to slags tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b.

Tilsynet

Et reaktivt tilsyn kan både være varslet og uvarslet. Uvarslede tilsyn bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet⁴. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁵.

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

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

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁶ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

⁷ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de gennemgåede målepunkter. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.⁸

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg⁹, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁸ Se sundhedsloven § 215 b

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1