



Tilsynsrapport Psykiatri & Handicap Øst - Skovstjernen

Reaktivt tilsyn, 2019

Psykiatri & Handicap Øst - Skovstjernen
Tove Ditlevsens Vej 4
8500 Grenaa

P-nummer: 1016998822

Norddjurs kommune

Dato for tilsynsbesøget: 28-05-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-5156/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i partshøringsperioden. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 20. september 2019 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet inden for de i påbuddet fastsatte frister skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden.

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 28. maj 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Reaktivt tilsyn med interview af ledelse og personale, instruks gennemgang, gennemgang af medicinliste og medicinopbevaring, samt gennemgang af den sundhedsfaglige journalføring med særligt fokus på håndtering af ikke dispenserbar medicin.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der var 9 uopfyldte målepunkter, og at flere af fundene var gennemgående i alle tre stikprøver.

Skovstjernen manglede to instrukser og nogle af de eksisterende instrukser var ikke kendt og anvendt af personale.

Det er styrelsens vurdering, at fravær af sundhedsfaglige instrukser, samt manglende implementering af eksisterende instrukser, indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, såfremt behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med akut opstået situation, i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale, og i situationer hvor personalet skal håndtere smitsomme sygdomme på bostedet.

Det var ikke muligt for personalet på Skovstjernen at fremvise systematiske notater vedrørende patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, aktuelle og potentielle problemer samt behandling samt opfølgning og

evaluering herpå. Det er styrelsens vurdering, at den manglende journalføring af patienternes aktuelle og potentielle problemer og opfølgning herpå var relateret til, at personalet på behandlingsstedet ikke foretog en sygeplejefaglig vurdering heraf.

Det er styrelsens opfattelse, at stillingtagen til disse forhold er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser, der iværksættes.

Det er styrelsens vurdering, at manglende sundhedsfaglig journalføring, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på bostedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Der var i alt 7 medicinbehandlingsfejl, herunder fejl i håndteringen af ikke dispenserbar medicin. Det er som udgangspunkt styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinbehandlingen rummer alvorligere fare for patientsikkerheden.

Styrelsen har lagt vægt på, at regelsættet omkring journalføring af patienternes samtykkekompetence / handleevne ikke rutinemæssigt blev fulgt. Det fremgik ikke af dokumentationen, om det var borgeren selv eller en stedfortræder, der på et informeret grundlag kunne træffe beslutning forud for undersøgelse eller ved iværksættelse af behandling. Styrelsen vurderede, at regelsættet vedrørende patienters retsstilling ikke var kendt af personalet.

Behandlingsstedet tilkendegav, at de på baggrund af drøftelserne under tilsynet ville gå i gang med at udbedre de uopfyldte målepunkter.

Sammenfatning af fund

Ved det reaktive tilsyn den 28. maj 2019 var 9 målepunkter uopfyldte, hvilket udløste 17 krav.

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

Krav

- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 1)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 1)
- 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 personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 4)
- 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 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 personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for medicin håndtering (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den aktuelt ordinerende læges navn/sygehusafdeling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn medicin (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 14)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 14)

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

På baggrund af en bekymringshenvendelse fra en pårørende vedrørende behandlingsstedets håndtering af ikke dispenserbar medicin på bostedet Skovstjernen, varslede styrelsen et reaktivt tilsyn.

Tilsynet blev gennemført på hele målepunktssættet for bosteder 2019.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på:

- Behandlingsstedets organisering
- Sundhedsfaglig journalføring
- Medicinhåndtering
- Hygiejne
- Patienters retsstilling

3. Fund

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u>		x		Der var en overordnet instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling i forbindelse med medicinbehandling, men der manglede en beskrivelse af ansvars og opgavefordeling i forbindelse med andre sundhedsfaglige opgaver.
2:	<u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>	x			
3	<u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>	x			

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4:	<u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>		x		Styrelsen blev oplyst om at der var en overordnet instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation, men denne kunne ikke fremvises under tilsynet, og personalet var ikke bekendt med denne.
5:	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>	x			
6:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I ingen af de tre journalgennemgange var der en vurdering af patienternes aktuelle og potentielle problemer.

7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I ingen af de tre journalgennemgange var der en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, samt aftaler med behandlingsansvarlig læge.
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		x		I ingen af de tre journalgennemgange var der en beskrivelse af aktuell pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering.

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		x		Der var en instruks for medicinhåndtering, men personalet fulgte den ikke.
10	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>	x			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		x		<ul style="list-style-type: none"> I tre ud af tre medicingennemgange fremgik den ordinerende læges navn ikke for samtlige præparater I to ud af tre medicingennemgange manglede det aktuelle handelsnavn på flere præparater. I en ud af tre medicingennemgange manglede angivelse af maximal døgndosis for et pn-præparat. Medicinlisten var ikke ført entydigt og systematisk, idet der i to ud af tre medicingennemgange var flere medicinlister, som ikke var ens.
12:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og</u>		x		<ul style="list-style-type: none"> I to ud af tre medicingennemgange

	<u>journaler vedrørende medicinbehandling</u>				<p>manglede der cpr-nr. og navn på flere doseringsæsker</p> <ul style="list-style-type: none"> • I en ud af tre medicingennemgange var ikke-aktuel medicin opbevaret sammen med aktuel medicin, medicinen var ikke ordineret og patientens navn fremgik ikke af præparatet. • I en ud af tre medicingennemgange var der ikke dokumentation for dispensering og administration af ikke-doserbar medicin.
13:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>	x			

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer	
14:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		x		<p>Personalet oplyste, at de i praksis altid indhentede samtykke til videregivelse af oplysninger, men det blev ikke rutinemæssigt skrevet i journalen.</p> <p>I tre ud af tre journalgennemgange fremgik det ikke, om patienten var vurderet til selv at kunne give informeret samtykke forud for undersøgelse eller til behandling.</p> <p>Styrelsen vurderede, at regelsættet vedrørende patienters retsstilling ikke var kendt af personalet.</p>

Hygiejne

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

Diverse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>			x	Der var aktuelt ingen patienter som modtog injektionsbehandling

Øvrige fund

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

↑ Tilbage til vurdering

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Skovstjernen var et kommunalt bosted for udviklingshæmmede borgere fra 18 år og opefter.
- Skovstjernen havde 40 pladser samt en aflastningsplads.
- Der var ansat social- og sundhedsassistenter, pædagoger, omsorgs og pædagogmedhjælpere.
- Der var døgndækkende personale på behandlingsstedet
- Skovstjernen samarbejdede blandt andet med praktiserende læger, psykiatrien og diverse ambulatorier mv.
- De sundhedsfaglige opgaver bestod af medicin håndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling, sonde og kateterpleje, lettere sårpleje samt sundhedsfremme og forebyggelse.
- Mere komplicerede sundhedsfaglige opgaver blev varetaget af den kommunale hjemmesygepleje.

Om tilsynet

- På baggrund af bekymringshenvendelse fra en pårørende, oprettede styrelsen for Patientsikkerhed en tilsynssag og varslede et reaktivt tilsyn den 28. maj 2019, som blev gennemført med målepunktssættet for bosteder 2019.
- Antal stikprøver / journalgennemgange: Medicinhåndtering og sundhedsfaglig journalføring blev gennemgået ved 3 stikprøver.
- Afsluttende opsamling blev givet til Anders Rask, aftaleholder af områdecenter Grenå, Pia Christensen, udviklingskonsulent samt udvalgt personale.
- Tilsynsbesøget blev foretaget af oversygeplejerske Rikke Selde og oversygeplejerske Susanne Bendix.

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