STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Hjemmesygeplejen Nærum

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Tilsyn på blodfortyndende medicin - Plejeområdet 2023

Hjemmesygeplejen Nærum
Langebjerg 6 ST
2850 Nærum

CVR- nummer: 29188378 **P-nummer:** 1016532866 **SOR-ID:** 1039031000016009

Dato for tilsynsbesøget: 11-05-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-12691

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i parthøringsperioden modtaget bemærkninger til de faktuelle forhold i rapporten og handleplan. Bemærkningerne har givet anledning til at dele af et krav i målepunkt 10 er slettet og indskrevet i rapporten, men det giver ikke anledning til at ændre vores vurdering.

Vi har også modtaget en handleplan af 22. juni 2023, som vurderes at være fyldestgørende. *Vi afslutter dermed tilsynet.*

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **11-05-2023** vurderet, at der på **Hjemmesygeplejen Nærum** er

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruksgennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Det er styrelsens vurdering, at Hjemmesygeplejen Nærum overordnet set var sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer i relation til håndtering af patienter i behandling med blodfortyndende medicin.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne for behandlingsstedets procedurer og instrukser var opfyldt. Men vi konstaterede mangler i den sygeplejefaglige dokumentation relateret til vurdering og dokumentation af patientens aktuelle problemer og risici i relation til den blodfortyndende behandling, samt mangler i relation til dokumentation af opfølgning af pleje og behandling. Der var på behandlingsstedet fastlagt procedure for sygeplejefaglig vurdering, men denne blev ikke systematisk fulgt. Endvidere konstaterede vi ved tilsynet en enkelt medicinfejl.

Det er styrelsens vurdering, at der samlet set er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, idet manglerne ikke var gennemgående. Vi vurderer, at Hjemmesygeplejen Nærum kan rette op på manglerne ved at udarbejde og følge en handleplan, som beskriver hvordan henstillingerne bliver løst, hvordan de implementeres herunder tidsplan for implementering, og hvordan der følges op på henstillingerne.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
5.	Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin	• Behandlingsstedet skal sikre, at sygeplejefaglige problemområder forbundet med den blodfortyndende behandling er vurderet. • Behandlingsstedet skal sikre, at patientens aktuelle problemer og risici forbundet med den blodfortyndende behandling er identificeret. • 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
6.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin	• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at patientens aktuelle problemer og risici i forbindelse med blodfortyndende behandling er identificeret.
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	• Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal • 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 holdbarhedsdatoen på patienternes medicin ikke er overskredet

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold	X			
2.	Gennemgang af instruks for håndtering af blodfortyndende medicin	X			
3.	Interview om håndtering af blodfortyndende medicin	X			
4.	Interview om behandlingsstedets kommunikation og samarbejde om blodfortyndende behandling med den behandlingsansvarlige læge	X			

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin		X		Ved gennemgang af tre journaler konstaterede vi, at der i tre ud af tre journaler var en mangelfuld eller manglende vurdering af patienterne aktuelle problemer og risici. Manglerne relaterede sig i to ud af tre journaler, hvor det var relevant, til manglende vurdering af patienternes risiko for fald relateret til den blodfortyndende behandling. Endvidere var der manglende vurdering af borgers hud og slimhinder i to ud af tre stikprøver relateret til den blodfortyndende behandling. Endvidere var der enkelte mangler relateret til opfølgning på observationer.

6.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin		X		Ved interview af medarbejderne og ledelse fremgik det, at der forelå en arbejdsgang der beskrev at, der skulle være foretaget en sygeplejefaglig udredning indenfor 48 timer, efter patienten var opstartet hjemmesygepleje, men at denne ikke systematisk blev fulgt og dermed ikke var implementeret i det nødvendige omfang i hjemmesygeplejen Nærum. Ledelsen redegjorde at der pågik en målrettet indsats i forhold til dokumentation og implementering af arbejdsgange.

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	Journalgennemgang af medicinlister i de sygeplejefaglige optegnelser	X			
8.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering ved behandling med blodfortyndende medicin	X			

Overgange i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overlevering af oplysninger i relation til behandling med blodfortyndende medicin ved indlæggelse fra plejehjem og hjemmepleje m.v. og flytning til et andet behandlingssted i primærsektoren	X			

Øvrige fund

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici		X		Ved tilsynet konstaterede vi, at de tolv sygeplejefaglige problemområder ikke blev vurderet og dokumenteret systematisk, hvorfor observation af ændringer ikke altid blev knyttet til en helbredstilstand. Dette medførte, at notater af observationer var svære at genfinde og dermed var det vanskeligt at følge et pleje – og behandlingsforløb. Ved medicingennemgang konstaterede vi ved en ud af to patienter, at der var doseret P.N. medicin med et risikosituationslægemiddel i separat doseringsæske. Æsken indeholdte både kapsler og tabletter, der fremgik umiddelbart ikke præparaternes handels navne, eller hvornår medicinen var doseret. Patienten var habil og oplyste at PN-medicinen var doseret tilbage i 2021. samt at patienten ikke havde taget eller haft behov for præparatet siden. Sygeplejersken redegjorde for, at patienten normalt ikke havde taget pn medicinæsken frem ved doseringer, og at de derfor ikke kendte til at patienten havde denne doseringsæske. Der blev ved tilsynet aftalt at sygeplejen kasserede den doserer P.N. medicin. I en ud af tre stikprøver konstaterede vi at oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser var mangelfuld.

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmesygeplejen Nærum er en kommunal behandlingsenhed i Rudersdal Kommune, der varetager social- og sundhedsfaglige opgaver i dag- og aftentimerne til cirka 350 borgere, herunder håndtering af risikosituationslægemidler, i samarbejde med behandlingsansvarlig læge.
- Der var på tilsynsdagen cirka 45 borgere tilknyttet behandlingsenheden der modtog social- og sundhedsfaglige opgaver relateret til blodfortyndende behandling
- Der var på tilsynsdagen ansat cirka 45 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: Sygeplejersser, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper, ufaglærte og servicemedarbejdere. Der var fem vakante stillinger.
- Hjemmesygeplejen Nærum anvender ved behov egne afløsere eller vikarer fra eksternt vikarkorps.
- Hjemmesygeplejen Nærum har tæt samarbejde med kommunes øvrige hjemmeplejegrupper, ergo- og fysioterapeuter, kommunes konsulenter samt privat praktiserende læger og Regionen.
- Der anvendes omsorgssystemet Nexus og Fælles Sprog III, alle medarbejdere inkl. eksterne vikarer har adgang til Nexus.
- Hjemmesygeplejen Nærum er uddannelsessted for social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejerskestuderende.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører fokuserede tilsyn på risikosituationslægemidler. Dette tilsyn retter sig mod patienter i blodtyndende behandling, med fokus på blodfortyndende medicin som et risikosituationslægemiddel. Tilsynet udføres på pleje - og sygehusområdet.

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Blodfortyndende medicin 2023 - plejeområdet anvendt.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som var udvalgt på baggrund af tilsynets fokus på blodfortyndende medicin.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

Ved tilsynet deltog og den afsluttende opsamling deltog:
- Hanne Brandorf, distriktsleder
- Sundhedsfaglig konsulent fra Rudersdal Kommune
- To sygeplejersker
- En social- og sundhedsassistent

Tilsynet blev foretaget af:
- Helle Dorte Christiansen, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold
Den tilsynsførende interviewer ledelsen om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og opgavefordeling i forbindelse med håndtering af blodfortyndende medicin. Ved interview af ledelsen skal det fremgå: • at personalet har de nødvendige kompetencer til at håndtere blodfortyndende medicin • at der foreligger retningslinjer/instrukser for ansvars- og opgavefordeling for håndtering af blodfortyndende medicin for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende. Referencer: • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000 • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 1, §3a), LBK nr. 248 af 8. marts 2023

2. Gennemgang af instruks for håndtering af blodfortyndende medicin
Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instruks for håndtering af blodfortyndende medicin med ledelsen. Af instruksen skal det fremgå: • hvilke kompetencer personalet skal have for at håndtere blodfortyndende medicin • at der er en procedure for dokumentation af ordination af blodfortyndende medicin • personalets opgaver og ansvar for håndtering af blodfortyndende medicin herunder: - at der er en procedure for personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om opfølgning, gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og evt. bivirkning - behandlingsstedets procedurer for dispensering og administration samt kontrol af og opfølgning på blodfortyndende medicin - hvordan personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen. • hvem der skal kontaktes i tilfælde af tvivlsspørgsmål. Referencer: • Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000 • Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper • Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019 • Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021

3. Interview om håndtering af blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets procedurer for håndtering af blodfortyndende medicin.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:
• at der er fastlagt procedurer for arbejdsgange og –processer i forbindelse med håndtering af blodfortyndende medicin, herunder for eventuelle bivirkninger, akutte tilstande samt interaktion med naturlægemidler og kosttilskud
• at personale, der håndterer blodfortyndende medicin, er instrueret i de fastlagte procedurer
• at de sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser.

Ved interview af personale skal det fremgå:
• at de er instrueret i håndtering af blodfortyndende medicin, herunder håndtering af eventuelle bivirkninger, akutte tilstande samt interaktion med kost, naturlægemidler og kosttilskud.

Referencer:
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000
- Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019
- Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021

4. Interview om behandlingsstedets kommunikation og samarbejde om blodfortyndende behandling med den behandlingsansvarlige læge

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets procedurer for kommunikation og samarbejde om patientens blodfortyndende behandling med den behandlingsansvarlige læge.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:
• at behandlingsstedet har procedurer for hvornår og i hvilke situationer personalet skal kontakte den behandlingsansvarlige læge
• at behandlingsstedet har procedurer for, hvem der skal kontaktes, når patientens behandlingsansvarlige læge ikke er tilgængelig.

Ved interview af personale skal det fremgå:
• at personalet ved hvornår og i hvilke situationer den behandlingsansvarlige læge skal kontaktes
• at personalet ved, hvem der skal kontaktes, når den behandlingsansvarlige læge ikke er til stede.

Referencer:
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 122 af 24. januar 2023

Faglige fokuspunkter

5. Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for vurdering af sygeplejefaglige problemområder og patientens aktuelle problemer og risici i forhold til den blodfortyndende behandling.

Ved gennemgang af journalen skal det i nødvendigt omfang fremgå:
• at de 12 sygeplejefaglige problemområder er vurderet:
1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
8) Seksualitet, køn og kropsopfattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
10) Søvn og hvile, fx søvnmønster, varighed af søvn, træthed, energi.
11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster.

• at patientens aktuelle problemer og risici er identificeret med udgangspunkt i vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
• at der er beskrevet en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.
• at planen for pleje og behandling er opdateret og beskriver patientens aktuelle problemer og risici.

Referencer:
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 122 af 24. januar 2023

6. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets praksis for vurdering af aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling i forhold til blodfortyndende medicin.

Ved interview af personale skal de i nødvendigt omfang kunne redegøre for:
• at der er praksis for at foretage en vurdering af patienten, som tager udgangspunkt i følgende 12 sygeplejefaglige problemområder:
1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
8) Seksualitet, køn og kropsopfattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
10) Søvn og hvile, fx søvnmønster, varighed af søvn, træthed, energi.
11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster.

• at der er praksis for at identificere patientens aktuelle problemer og risici på baggrund af vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder.
• at der er praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.
• at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.

Referencer:
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 122 af 24. januar 2023

Medicinhåndtering

7. Journalgennemgang af medicinlister i de sygeplejefaglige optegnelser

Den tilsynsførende gennemgår et antal medicinlister i journalerne for at vurdere behandlingsstedets praksis for dokumentation af håndtering af blodfortyndende medicin.

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal det fremgå:
• at de føres systematisk og entydigt
• at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste
• at der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering
• at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling
• præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
• hvem der administrerer medicinen
• ordinerende læges navn/afdeling.

Referencer:
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021
- Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019
- Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021

8. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering ved behandling med blodfortyndende medicin

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan sundhedspersonen/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 medicinhåndtering- 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 doseringsæskerne/poserne
• Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
• Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
• Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
• Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin
• Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
• Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet

• 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 - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019
- Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021

Overgange i patientforløb

9. Interview om overlevering af oplysninger i relation til behandling med blodfortyndende medicin ved indlæggelse fra plejehjem og hjemmepleje m.v. og flytning til et andet behandlingssted i primærsektoren

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets procedurer for overlevering af relevante og nødvendige oplysninger om den aktuelle sygeplejefaglige pleje og behandling i forhold til blodfortyndende medicin.

Ved interview med ledelsen skal det fremgå:
• at der er procedurer for overlevering af aktuelle oplysninger om den sundhedsfaglige pleje og behandling til sygehuse ved indlæggelser.
• at der er procedurer for overlevering af aktuelle oplysninger, hvis en patient flyttes til et andet behandlingssted i primærsektoren.

Ved interview med personale skal det fremgå:
• at de kan redegøre for procedurer for overlevering af oplysninger til sygehuse ved indlæggelser.
• at de kan redegøre for procedurer for overlevering af oplysninger ved flytning af patienter til et andet behandlingssted i primærsektoren.

Referencer:
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 122 af 24. januar 2023

Øvrige fund

10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 66, §213 og §215b), LBK nr. 248 af 8. marts 2023

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet[1]. 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 sundhedspersoner[2] udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[3].

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn[4]. 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 behandlingssteder[5] til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på 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] Se sundhedsloven § 213.
[2] Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.
[3] Se sundhedsloven § 5.
[4] 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.
[5] 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 som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet[6]. 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 tilsynet[7]. 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 patientsikkerheden[8].

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 Tilsynsrapporter[9]. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet[10]. 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.dk[11].

[6] Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

[8] Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

[9] 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

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

[11] 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 delvist[12].

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg[13], afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

[12] Se sundhedsloven § 215 b

[13] Se sundhedsloven § 213, stk. 1