



# Tilsynsrapport Hjemmepleje Distrikt Midt & Fælles nat

Reaktivt tilsyn, 2018

**Hjemmepleje Distrikt Midt & Fælles nat  
Dronning Margrethes Vej 28**

**4000 Roskilde**

CVR- eller P-nummer: 1014807116

Dato for tilsynsbesøget: 23. november 2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-3040/1

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget en præcisering fra behandlingsstedet vedrørende navn på en deltager i tilsynet. Præciseringen er skrevet ind i rapporten.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 23. november 2018 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på observationer, interview og journalgennemgang ved reaktivt tilsyn den 23. november 2018.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at påbud af 13. november 2018 var efterlevet for så vidt angik journalføring og medicin håndtering, hvor der var sket tydelige forbedringer vedrørende indhold og systematik.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der var enkelte uopfyldte målepunkter vedrørende behandlingsstedets journalføring samt medicin håndtering, disse var ikke gennemgående.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at journalføringen med enkelte undtagelser generelt var tilstrækkelig til at sikre forsvarlige pleje og behandling og herunder, at personalet kunne genfinde relevante helbredsoplysninger og relevant redegøre for de forskellige patienters helbredssituation og aktuel pleje og behandling samt opfølgning heraf.

Styrelsen har videre lagt vægt på, at fejl og mangler i medicin håndteringen i den konkrete situation var af mindre betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der allerede inden tilsynet var foretaget ændringer for at sikre opfyldelsen af målepunkterne fremadrettet.

Det er styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

## Sammenfatning af fund

Ved tilsynet var et målepunkt vedrørende journalføring ikke opfyldt:

- I en ud af fire stikprøver var der ikke en fuldstændig plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Ved tilsynet var et målepunkt vedrørende medicinbehandling ikke opfyldt:

- I en ud af tre stikprøver manglede medicin i patientens medicinbeholdning.

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

## Henstillinger

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

- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsrelevante problemer og sygdomme (målepunkt 8).
- At den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning (målepunkt 12)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 23. april 2018 et varslet risikobaseret tilsyn ved Hjemmeplejen Distrikt Midt og Fælles Nat i Roskilde kommune, hvor styrelsen blev opmærksom på flere kritisable forhold vedrørende journalføringen af den udførte sundhedsfaglige behandling samt kritisable forhold ved medicin håndtering.

Den 13. november 2018 gav Styrelsen for Patientsikkerhed påbud til hjemmeplejen om, at sikre tilstrækkelig journalføring og sikre forsvarlig medicin håndtering. Den 23. november 2018 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende tilsyn med vurdering af målepunkter inden for journalføring og medicin håndtering, med henblik på at konstatere, om påbuddet var opfyldt.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på :

- Journalføring
- Medicin håndtering

### 3. Fund

---

#### ↑ Tilbage til vurdering

Ved interview fremlagde ledelsen, hvorledes der blev arbejdet med journalføring og medicin håndtering efter tilsynet den 24. april 2018.

Ved tilsynet blev målepunkter fra det risikobaserede tilsyn for journalføring sammen medicin håndtering vurderet, hvorfor kun relevante målepunkter fremgår af målepunktsskemaet.

Ved journalgennemgang på fire patienter var der et uopfyldte målepunkt. Ved gennemgang af medicinbeholdning hos tre patienter var der et uopfyldt målepunkt.

#### Faglige fokuspunkter

6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	X			
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		I en ud af fire stikprøver forelå der en mangelfuld beskrivelse af plan for aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, selvom der efter det oplyste var iværksat pleje og behandling. Det drejede sig om en patient, der jævnligt havde fået målt blodtryk uden handlingen derpå fremgik. Tillige fremgik normalværdierne ikke i journalen, så man kunne ikke se, hvornår personalet skulle kontakte læge. Ved interview redegjorde personalet for en sikker praksis.

#### Medicin håndtering

11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>				
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicin håndtering og medicinopbevaring</u>		X		I en ud af tre stikprøver manglede Tablet Bendroza i patientens beholdning. Det fremgik ikke af journalen, om dette var rekvireret via apotek eller genbestilt hos patientens læge. Der var korrekt doseret medicin.

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Roskilde Kommunes hjemmepleje var pr. 1.maj 2018 lavet en omorganisering og er blevet opdelt i distrikt 1 og distrikt 2.
- Hjemmeplejegruppen Distrikt Midt og Hjemmeplejegruppen Fælles nat hørte til Distrikt 1.
- Hjemmesygeplejen var blevet delt op tre områder, Midt, Syd og Nord.
- I Distrikt Midt var der ansat 220 medarbejdere, både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Der var 600 borgere tilknyttet distriktet.
- Distrikt Midt havde en socialsygeplejerske ansat, der havde pleje og behandling af borgere med psykiatriske diagnoser som primær opgave.
- Der blev afholdt teammøde med aften- og nattevagterne en gang månedligt.
- Der blev afholdt tværfaglige møder fire gange ugentlig.
- Borgerne blev triageret dagligt.
- Roskilde Kommune havde et akutteam.
- Roskilde Kommune havde en samarbejdsaftale med Roskilde Sygehus, hvor seks sygeplejersker var ansat halvt i kommunen og halvt på sygehuset.

### Om tilsynet

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

- Tilsynsbesøg
- Interview med ledelse og medarbejdere
- Gennemgang af fire patientjournaler samt medicinbeholdning for tre patienter

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Afdelingsleder Loa Sørensen, Distriktsleder Helle Juliussen, leder af hjemmesygeplejen Anette Sophie Beck Hjorth, en kvalitetsmedarbejder, social- og sundhedsassistent samt nogle sygeplejersker.
- Tilsynsbesøget blev foretaget af: oversygeplejerske og sektionsleder Lone Lind Pedersen og sygeplejerskekonsulent Sarah Leth Madsen

### Øvrigt

Hjemmeplejen var pr 1.november overgået til NEXUS og var i den forbindelse i gang med at implementere FællesSprog3. Der pågik en aktuel oprettelse og ajourføring af dokumentationen svarende til FællesSprog3.

# 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 tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Ud over 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.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

<sup>3</sup> 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 journaloplysninger<sup>4</sup>.

## 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 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 behandlingsstedet<sup>5</sup>. 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 journaloplysninger<sup>6</sup>.

## 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, så omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og de 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, 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.

---

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

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>8</sup>.

## 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.<sup>9</sup>

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 tilsynsbesøg<sup>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017

<sup>8</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1