



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Tilsynsrapport Danske Diakonhjem, Birkelse Plejecenter

Reaktivt tilsyn, 2017

**Danske Diakonhjem, Birkelse Plejecenter**  
Islandsvej 5  
7100 Vejle

CVR-nummer: 38660918

Jammerbugt kommune

Dato for tilsynet: 27-11-2017

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-422/3

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold om behandlingsstedets personale. Ændringerne er skrevet ind i rapporten. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 27. november 2017 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på følgende kilder: Observation, interview og gennemgang af medicin håndtering og sundhedsfaglig dokumentation i tre stikprøver.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der var uopfyldte målepunkter i journalføringen og enkelte uopfyldte målepunkter vedrørende medicin håndteringen.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev arbejdet konstruktivt med implementering af nyt journalsystem, og at der blev gjort en stor indsats for at opretholde patientsikkerheden i implementeringsfasen af den nye journal.

Der var allerede inden tilsynet foretaget ændringer for at sikre, at plejecentret lever op til lovgivningens krav og dermed opfyldelse af målepunkterne. Der var således igangsat omorganisering, ændring af vagtplan og ansættelse af sygeplejerske med henblik på at højne kontinuitet og kvalitet i den sundhedsfaglige pleje og behandling. Det var styrelsens indtryk, at de iværksatte initiativer på sigt ville kunne udbedre manglerne i journalføringen.

Styrelsen vurderer således, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden og at plejecentret ville være i stand til at rettet op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet.

## Begrundelse for tilsynet

Birkelse Plejecenter var udvalgt på baggrund af fund af fejl og mangler ved tilsynet i 2015 og fund af alvorlige fejl og mangler ved tilsynet i 2016. Ved såvel det ordinære som opfølgende tilsyn i 2016 blev fundet fejl og mangler af varierende grad indenfor samme områder: Instrukser, journalføring, medicin håndtering og patienters retsstilling.

## Fund

Der blev fundet mangler i journalføringen og enkelte mangler i medicin håndteringen.

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

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

- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 3)
- at det fremgår hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig og systematisk og føres i én journal (målepunkt 7)
- at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 15)
- at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 26)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger..

## 2. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Der blev anvendt målepunkter fra det risikobaserede tilsyn vedrørende: Instruks, journalføring, medicinbehandling og patienters retsstilling

### Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
1b:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
2a:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
2b:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		Der var enkelte eksempler på, at beskrivelser af problemområder enten manglede, ikke var ajourført eller ikke var fyldestgørende beskrevet. Eksempelvis vedrørende ernæring og kommunikation og udskillelse af affaldsstoffer
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I to stikprøver var oversigten ikke fyldestgørende. Eksempelvis var depression ikke nævnt.

5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		Der var generelt beskrivelser vedrørende pleje og behandling af de væsentligste problemområder samt opfølgning og evaluering af iværksat pleje og behandling men med enkelte mangler.
6:	<u>Informeret samtykke</u>	X			
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>		X		Dokumentationen bar præg af, at der var indført nyt journalsystem og ikke systematik i placering af de forskellige oplysninger

## Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicinhandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
8b:	<u>Instruks for medicinhandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
9a:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
9b:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
10a:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
10b:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
11:	<u>Dato for ordination og/eller seponering</u>	X			
12:	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på</u>	X			

	<u>sygehusafdelingen</u>				
13:	<u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>	X			
14:	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	X			
15:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>		X		I to stikprøver manglede angivelse af det korrekte handelsnavn for et enkelt præparat
16:	<u>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	X			
17:	<u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>	X			
18:	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>	X			
19:	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>	X			
20:	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>	X			
21:	<u>Dispenseret pn. medicin</u>			X	
22:	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	X			
23:	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>	X			
24:	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	X			
25:	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>	x			
26:	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>		X		I en stikprøve var ikke aktuelt medicin opbevaret sammen med aktuel medicin for to præparater
28b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>			X	

## Generelt

29a:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
29b:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
30a:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
30b:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
33:	<u>Formelle krav til instrukser</u>	X			
34a:	<u>Instruks for rammedelegation. Der findes skriftlig instruks</u>			X	
34b:	<u>Instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>			X	
35:	<u>Rammedelegation. Dokumentation ved anvendelse af rammedelegation</u>			X	
36:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>	X			

## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

Birkelse Plejecenter var et plejehjem under Danske Diakonhjem. Der var 22 beboere, som kom fra flere kommuner.

Der var driftsoverenskomst med Jammerbugt Kommune og plejecentret fulgte Jammerbugt Kommunes kvalitetsstandarder og sundhedsfaglige instrukser.

Der var ansat social og sundhedsassistenter, social og sundhedshjælpere samt ufaglærte på timelønsbasis. Ved sygdom blev benyttet personale fra vikarbureau.

Der var ansat faglig koordinator og planlægger, social og sundhedsassistent fra december 2017

Der var etableret samarbejde med centersygeplejersker fra øvrige kommunale plejcentre. I aften- og nattevagter samt weekend og helligdage var der mulighed for at tilkalde hjemmesygeplejen ved behov.

Der havde i forsommeren været behov omorganisering og ændring af vagtplan. Der havde været arbejdet med arbejdsmiljø i samarbejde med eksterne konsulenter.

Samarbejde med de praktiserende læger var specielt udfordret ved et lægehus.

Der pågik implementering af FS3 og nyt journalsystem. Plejecentret havde været udfordret af, at sygeplejerskestillingen var vakant i perioden fra september til december 2017.

### Om tilsynet

Tilsynet blev indledt med samtale med forstander Karin Nielsen vedrørende de sundhedsfaglige instrukser og varetagelse af sundhedsfaglige opgaver.

Der blev gennemført stikprøvekontrol af medicinbehandling og journalføring hos tre af beboerne på plejecentret under medvirken af social- og sundhedsassistent.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til forstander Karin Nielsen

Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Karen Marie Dencker



## 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 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.

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.

---

<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

## 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 behandlingsstedet<sup>4</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>5</sup>.

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.<sup>6</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>7</sup>.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

---

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

<sup>7</sup> 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.<sup>8</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>9</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>8</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1