



# Tilsynsrapport

## Den selvejende institution Brovst Friplejehjem

Reaktivt tilsyn, 2018

**Den selvejende institution Brovst Friplejehjem**  
**Stationsvej 18**

**9460 Brovst**

CVR- eller P-nummer: 35718923

Dato for tilsynet: 22-01-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 5-9011-742/3

# 1. Vurdering

---

## Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 22. januar 2018 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

**Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden**

### Vurdering efter tilsynsbesøget

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på observationer, interview og journalgennemgang ved reaktivt tilsyn den 22. januar 2018.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at påbud af 9. november 2017 var efterlevet for så vidt angik journalføring og medicin håndtering, hvor der var sket tydelige forbedringer vedrørende indhold og systematik. Det var styrelsens vurdering, at journalføring og medicin håndtering er i overensstemmelse med gældende regelsæt.

## Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 11. april 2017 et varslet risikobaseret tilsyn på Brovst Fripleshjem, hvor Styrelsen blev opmærksom på flere kritisable forhold vedrørende journalføringen af den udførte sundhedsfaglige behandling samt kritisable forhold ved medicin håndtering.

Den 9. november 2017 gav Styrelsen for Patientsikkerhed påbud til Brovst Fripleshjem om, at sikre tilstrækkelig journalføring, og forsvarlig medicin håndtering. Den 22. januar 2018 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende tilsyn med vurdering af målepunkter indenfor journalføring og medicin håndtering, med henblik på at konstatere, om påbuddet var opfyldt.

## Fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang samt gennemgang af medicin håndteringen konstaterer Styrelsen for Patientsikkerhed, at alle målepunkter er opfyldte.

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

## 2. Fund

---

[↑ Tilbage til vurdering](#)

Ved interview fremlagde ledelsen, hvorledes der blev arbejdet med journalføring og medicin håndtering efter tilsynet den 11. april 2017. Der var efterfølgende afholdt undervisning i journalføring for alle medarbejdere og der var lokalt blevet udarbejdet en procedure til journalføring, som var tilgængelig for alle medarbejdere. Plejehjemssygeplejerske samt centersygeplejerske havde inddraget alle medarbejdere i processen om, at skabe den røde tråd i deres dokumentation. Alle medarbejdere var blevet sidemands oplært i korrekt dokumentation- og der var udarbejdet oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt hvilke aftaler der var med behandlingsansvarlig læge, ligeledes var der på alle patienter en beskrivelse af aktuelle og potentielle problemer, iværksat pleje og behandling samt opfølgning herpå.. Tillige var der udarbejdet et tjek-skema for korrekt medicin håndtering som alle social- og sundhedsassistenter var blevet undervist i- og brugte, når de foretog en medicindispensering.

Ved tilsynet blev målepunkter fra det risikobaserede tilsyn for patientforløb og journalføring samt medicin håndtering vurderet, hvorfor kun relevante målepunkter fremgår af målepunktsskemaet. Ved journalgennemgang på tre patienter var der ingen uopfyldte målepunkter. Ved gennemgang af medicinbeholdning hos tre patienter var der ingen uopfyldte målepunkter.

### Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	X			
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			
6:	<u>Informeret samtykke</u>	X			
7:	<u>Dokumentationen er</u>	X			

	<u>overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>				
--	---	--	--	--	--

## Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11:	<u>Dato for ordination og/eller seponering</u>	X			
12:	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>	X			
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			
16:	<u>Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	X			
17:	<u>Enkelt dosis 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</u>	X			

	<u>mærket korrekt</u>				
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			
27:	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			
28a:	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>	X			
28b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>	X			

## Generelt

6:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>	X			
----	--------------------------------------	---	--	--	--

## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Ved tilsynet deltog Leder af Brovst Fripleshjem Svend Erik Hauerslev samt sygeplejefaglig leder Jørgen Bendsen og centersygeplejerske Pernille Høien.
- Ved tilsynsbesøget var der 30 beboere på Brovst Fripleshjem, som var fordelt i tre huse med 10 i hver. Der er to somatiske huse samt et demenshus.
- Personalet består af social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. Der er social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag.
- Derudover er der ansat en ergoterapeut og en pædagog, som er med i den daglige pleje. De står desuden for aktivering samt borgerspecifik individuel træning.
- Der er tilknyttet en centersygeplejerske, som understøtter og superviserer personalet i sundhedsfaglige opgaver, borgerforløb samt triagering (systematisk vurdering af helbredstilstanden og observation af vitale værdier).
- Sygeplejefaglig leder havde udarbejdet et årshjul for undervisning og derved udvikling af kompetencer hos personalet. Undervisningen havde fokus på patientsikkerhed.
- Brovst Fripleshjem var i slutning af år 2017 overgået til FS3 (FællesSprog 3). Sygeplejefaglig leder havde, for at sikre patientsikkerheden i implementeringsperioden, udarbejdet en lokal procedure til sygeplejefaglige optegnelser.
- Centersygeplejersken havde tillige udarbejdet et kontrolskema til korrekt medicinbehandling så patientsikkerheden derigennem var i fokus.

### Om tilsynet

- Tilsynet blev indledt med en drøftelse med ledelsen, hvori de fremsendte handleplaner blev uddybet. Efterfølgende blev der foretaget medicingennemgang og journalgennemgang hos tre patienter.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til Leder af Brovst Fripleshjem Svend Erik Hauerslev samt sygeplejefaglig leder Jørgen Bendsen og centersygeplejerske Pernille Høien.
- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerskerne Karen Marie Dencker og Sarah Leth Madsen

## 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](#)