



Boligerne Rådhusvej 63
Rådhusvej 63
4640 Faxe

Afgørelse om påbud til Boligerne Rådhusvej 63, Faxe Kommune

Styrelsen for Patientsikkerhed har nu truffet endelig afgørelse efter tilsynsbesøget den 21. september 2021.

Vi har den 14. december 2021 partshørt jer over et udkast til afgørelse om påbud efter sundhedslovens § 215 b, stk. 1.

I har den 11. januar 2022 sendt os jeres bemærkninger, som er inddraget i afgørelsen.

Afgørelsen, den endelige tilsynsrapport og resuméet af påbuddet er vedlagt. Det er resuméet, I har pligt til at offentliggøre sammen med tilsynsrapporten.

Med venlig hilsen

Mia Karlqvist
Juridisk Specialkonsulent

25. januar 2022

Sagsnr. 35-2011-6709

Reference MSKM

T +4572286738

Boligerne Rådhusvej 63
Rådhusvej 63
4640 Faxe

25. januar 2022

AFGØRELSE

Sagsnr. 35-2011-6709
Reference MSKM
T +4572286738

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 21. september 2021 et påbud til Boligerne Rådhusvej 63, Faxe Kommune, om:

1. at sikre forsvarlig medicinhandling fra den 25. januar 2022.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, fra den 25. januar 2022.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring fra den 25. januar 2022.
4. at sikre forsvarlig reaktion på epileptiske anfald, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herfor, fra den 25. januar 2022.
5. at sikre udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks for samarbejdet med andre behandlingssteder fra den 25. januar 2022.
6. at sikre udarbejdelse og implementering af instruks for hygiejne og smitsomme sygdomme fra den 25. januar 2022.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. sundhedsloven § 272, stk. 1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 21. september 2021 et varslet, reaktivt tilsyn hos Boligerne Rådhusvej 63, Faxe Kommune. Baggrunden for tilsynet var en bekymringshenvendelse vedrørende manglende dokumentation og behandling af en beboers helbredsmæssige problemstillinger.

Boligerne Rådhusvej 63 er et offentligt behandlingssted i Faxe Kommune med plads til 18 beboere. Målgruppen er personer med varige og kognitive funktionsnedsættelser samt varierende behov for behandling og pædagogisk bistand



i hverdagen. Der var på tilsynstidspunktet ansat 14 medarbejdere, hvoraf hovedparten havde en pædagogisk baggrund. Det sundhedsfaglige personale bestod af to social- og sundhedsassistenter, som var medicinansvarlige og stod for dispensering af medicin.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for bosteder. Målepunkterne er udtryk for de minimumskrav, som styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Boligerne Rådhusvej 63 for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Ved tilsynet blev der gennemgået tre journaler og foretaget tre medicingennemgange.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Styrelsen har desuden inddraget behandlingsstedets høringssvar af 11. januar 2022. I høringssvaret beskriver behandlingsstedet en række tiltag, der er iværksat og planlagt med henblik på fremadrettet at sikre patientsikkerheden på stedet.

Det anføres blandt andet i høringssvaret, at der siden tilsynsbesøget er sket en omorganisering i form af sammenlægning af Socialpædagogisk Center med sundhedsområdet i et fælles Center for Social, Sundhed og Pleje samt ansættelse af en tværgående hygiejnesygeplejerske. Planen er desuden, at der pr. 1. marts 2022 bliver ansat en sygeplejerske. Behandlingsstedet har fremsendt instrukser for blandt andet medicinbehandling, sundhedsfaglig dokumentation, patienters retsstilling, hygiejne mv., og det oplyses hertil, at bostederne under Socialpædagogisk Center skal implementere sundhedsområdets instrukser, hvor det er relevant. Dette arbejde er i gang, men erstattes af VAR Healthcare, som er færdigimplementeret på sundheds- og socialområdet juli 2022.

Styrelsen anerkender, at Boligerne Rådhusvej 63 har foretaget og planlagt en række tiltag med henblik på at forbedre forholdene på behandlingsstedet.

Det er dog ud fra det foreliggende ikke muligt for styrelsen på nuværende tidspunkt at vurdere, hvorvidt tiltagene er tilstrækkelige til at sikre patientsikkerheden på stedet.

Styrelsen har i den forbindelse lagt vægt på, at flere af tiltagene først er planlagt gennemført i løbet af første halvår 2022.



I forhold til instrukserne er der nu udarbejdet instrukser vedrørende medicin-håndtering, sundhedsfaglig dokumentation, patienters retsstilling og hygiejne mv.

Det er derfor styrelsens vurdering, at oplysningerne i høringssvaret ikke giver anledning til en ændret vurdering af forholdene, da det ikke alene på baggrund af de beskrevne tiltag kan konstateres, at der på nuværende tidspunkt er rettet op på de under tilsynet konstaterede forhold.

Begrundelse

Medicinhandling

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicin-handteringen hos Boligerne Rådhusvej 63.

Opdatering af medicinliste

Styrelsen konstaterede, at medicinlisten ikke var opdateret i tre ud af tre stikprøver, idet der var flere præparater, hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik af medicinlisterne.

Videre fremgik der i alle tre stikprøver ikke max døgndosis for pn-medicin. Det drejede sig om præparaterne paracetamol og Stesolid.

Det fremgår af vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler pkt. 2.5.1., at lægen skal sikre, at lægemiddelordinationen er tydelig, så den, der skal varetage håndteringen af lægemidlet, er i stand til at udføre opgaven korrekt, og at følgende blandt andet fremgår af ordinationen: indikationen for behandlingen, lægemidlets handelsnavn, lægemiddelform, styrke (hvis lægemidlet findes i flere styrker, enkeltdosis og doseringshyppighed (evt. tidspunktet), hvornår behandlingen skal seponeres/ophøre og eventuelt administrationsvejen.

Videre fremgår af punkt 2.6.2 i lægemiddelhåndteringsvejledningen, at en medhjælper, der medvirker til håndteringen af lægemidler, har journalføringspligt, samt af punkt 4.3 at alle lægemiddelordinationer skal fremgå af de lokale patientjournaler, herunder medicinlisten.

Af Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af medicin” fra 2019, fremgår også, at al den medicin, som patienten får, skal skrives på en medicinliste, og at personalet skal kontrollere, at en skriftlig ordination er korrekt dokumenteret på medicinlisten, herunder med angivelse af dato for ordination, navnet på den ordinerende læge eller på sygehuset og afdelingen, lægemidlets korrekte handelsnavn, behandlingsindikation, enkeltdosis og maksimal dosis for medicin ordineret som pn-medicin (medicin efter behov).



Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for fejlmedicinering, når medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret, da det bl.a. kan føre til fejlmedicinering.

Medicinbeholdning, mærkning og manglende anbrudsdato

Ved gennemgang af medicinbeholdningen konstaterede styrelsen, at der hos en patient var ordineret et præparat (Metformin), som ikke var til stede i medicinbeholdningen. Ved gennemgang af journalen kunne det ikke dokumenteres, at præparatet var bestilt til levering.

Det blev desuden konstateret, at der hos en patient var indlagt en seddel i en doseringsæske, der angav, at der manglede et præparat.

Det fremgår af Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af medicin”, 2019, at al den medicin, patienten er i behandling med, skal være i patientens medicinbeholdning.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis al den medicin, der er ordineret til patienten, ikke findes i patientens beholdning eller ikke opbevares korrekt, idet dette øger risikoen for, at patienten ikke får den ordinerede medicin eller ikke får det til rette tidspunkt.

Videre var der i en patients medicinbeholdning en insulinpen, som ikke var mærket med navn og dato for anbrud.

Det fremgår af pkt. 2.6.1. i lægemiddelhåndteringsvejledningen, at den medhjælper, der dispenserer et lægemiddel, er ansvarlig for, at lægemiddelbeholderen (doseringsæske, medicinbæger, ampul, sprøjte eller lignende) er mærket med patientens navn og personnummer, jf. identifikationsvejledningen (nr. 9808 af 13. december 2013). Det følger af identifikationsvejledningens pkt. 5.4.2., at ved brug af doseringsæske og andre beholdere, hvor den enkelte patients medicin opbevares særskilt, skal doseringsæsken mærkes med patientens navn og personnummer.

Af Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af medicin”, 2019, fremgår det, at der skal stå anbrudsdato på salver, dråber og anden medicin, der har begrænset holdbarhed efter åbning, og det skal kontrolleres, at medicinens holdbarhedsdato ikke er overskredet.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for fejlmedicinering, hvis præparater ikke er mærket korrekt og ikke påført dato for anbrud.

Det er videre styrelsens vurdering, at der kan være en risiko for, at patienter bliver behandlet med medicinske produkter, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, hvis det ikke sikres, at disse bliver bortskaffet. Behandling med medicinske

produkter, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, rummer en risiko for utilstrækkelig behandling, da produktets virkning kan være ændret eller nedsat, eller virkningen kan være helt fraværende.

Samlet vurdering for medicin håndtering

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af medicin”, 2019, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicin håndtering sker på forsvarlig vis.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at fejl og mangler i medicin håndteringen generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

Sygeplejefaglige vurderinger

Det følger af vejledning om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.2., at det skal journalføres, hvis en patient har aktuelle eller potentielle problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, når det har betydning for patientens tilstand/situation og fortsatte pleje og behandling. Vurderingen heraf kan foretages af en sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og andet personale med de fornødne kompetencer, som løser sundhedsfaglige opgaver.

For hvert af de identificerede problemer og risici skal planlægning, udført pleje, behandling og opnåede resultater journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder skal revurderes, når det er nødvendigt, fx hvis patientens tilstand ændres, og revurderingen skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen.

De 12 sygeplejefaglige områder er:

- 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 kropsoptagelse 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.

På behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes, revurderes og opdateres, når det er relevant.

Under tilsynet konstaterede styrelsen, at der i alle tre journalgennemgange var mangler i vurderingen af patienternes aktuelle og potentielle problemer.

I en af journalerne fremgik det ikke, om en patient, med en nyopdaget diabetes, havde behov for hjælp til observation af fødder.

Hos en anden patient var der ikke fulgt op på en hudinfektion, som patienten var sat i antibiotikabehandling for gennem sin egen læge. Der forelå ikke oplysninger i journalen om, hvorvidt den iværksatte behandling havde haft effekt.

Videre var der hos en tredje patient ikke foretaget opfølgning og vurdering af rødme og smerter, selvom patienten kronisk havde behov for at bruge ble grundet akut diarré.

Det blev desuden konstateret, at der i to ud af tre stikprøver var mangler i oversigten over helbredstilstande og sygdomme samt funktionsnedsættelser. I en af journalerne var graden af en hjerneskadet patients funktionsnedsættelser ikke beskrevet, ligesom det ikke var beskrevet, at patienten havde nældefeber, søvnproblemer og tendens til urinvejsinfektion. Hos en anden patient fremgik det ikke af oversigten, at patienten havde forhøjede kolesteroltal og var i behandling herfor.

Videre var der i to ud af tre journaler ikke foretaget evaluering af den aktuelle behandling på en nærmere angivet dato, som fremgik af journalen.

Personalet kunne under tilsynet ikke redegøre for den planlagte og udførte aktuelle pleje og behandling, ligesom der ikke kunne redegøres for, om opfølgning og evaluering havde fundet sted.

På baggrund af fundene og de oplysninger, der fremkom i forbindelse med gennemgang af journalerne, har styrelsen lagt til grund, at manglerne i ovenstående forhold ikke kan henføres til manglende journalføring, men må tages som udtryk for, at der ikke systematisk blev foretaget grundlæggende vurderinger og opfølgning herpå.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf 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 skal iværksættes.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres evaluering og opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

Journalføring

Ved tilsynsbesøget 21. september 2021 kunne styrelsen konstatere, at der på Boligerne Rådhusvej 63 ikke blev udført journalføring i overensstemmelse med de gældende regler herom.

Ifølge vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.2. skal det i forhold til de konkrete patientkontakter vurderes om følgende oplysninger skal fremgå af journalen i forbindelse med den konkrete patientkontakt:

Ifølge vejledningen om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.2 skal det i forhold til de konkrete patientkontakter blandt andet vurderes om følgende oplysninger skal fremgå af journalen i forbindelse med den konkrete patientkontakt:

- a) Patientens beskrivelse af sin situation, årsagen til kontakten, konsultationsform samt eventuelle ønsker for behandling.
- b) Oplysning om aktuel og habituel helbredssituation før kontakten.
- c) Observationer og oplysninger om patientens tilstand.
- d) Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf.
- e) Planlagt pleje, herunder behandlingsplan.
- f) Udført pleje og behandling, herunder opgaver udført på delegation, forebyggelsestiltag, lindring, indsatser, der understøtter patientinvolvering, mestring, rehabilitering og recovery, herunder observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.
- g) Beskrivelse og vurdering af resultatet.
- h) Information og undervisning af patienten, herunder rådgivning.
- i) Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af behov for plejen.
- j) Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf.
- k) Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere.

l) Overvejelser hvis Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges væsentligt.

Ifølge vejledningens pkt. 3 har enhver autoriseret sundhedsperson og andre personer, der udfører sygeplejefaglige opgaver pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed har foretaget pleje og behandling af en patient.

Ifølge journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 3, har ledelsen på et behandlingssted ansvaret for at sikre, at personale, som handler på ansvar af en autoriseret sundhedsperson, har de fornødne kompetencer og er tilstrækkeligt instrueret i at føre journal over den udførte sundhedsfaglige virksomhed.

Overskuelig og systematisk journalføring

Styrelsen kunne under tilsynet konstatere, at journalen ikke blev ført på en overskuelig og systematisk måde, idet det var vanskeligt for personalet at fremsøge sundhedsfaglige informationer om patienterne, da disse informationer ikke var opført samme sted i journalerne. Eksempelvis blev der generelt ikke anvendt krydshenvisninger til andre steder i journalen, hvor en uddybning af pleje og behandling kunne være beskrevet.

Videre blev det i én af journalgennemgangene konstateret, at datoen for kontrol hos speciallæge ikke fremgik af journalen. Personalet oplyste under tilsynet, at datoen for kontrollen var noteret i en kalender, som blev opbevaret på kontoret.

Ifølge vejledning om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 2, skal journalen give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for sygepleje, så det sygeplejefaglige personale er i stand til at sætte sig ind i patientens tilstand, planlagte pleje og behandling.

Videre fremgår det af vejledningens pkt. 3, at journalføringen skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten. Sundhedspersoner skal ud fra journalen kunne få kendskab til patientens tilstand, hvilke overvejelser der er gjort, hvilken pleje og behandling der er planlagt, udført, resultatet samt eventuel opfølgning.

Det er styrelsens opfattelse, at en systematisk og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal kunne give et overblik over patientens tilstand, så personalet blandt andet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering i en eventuel akut situation.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over den sundhedsfaglige pleje og behandling af patienterne.

Dokumentation af aftaler med behandlingsansvarlige læger

Styrelsen konstaterede desuden ved tilsynet, at der i to ud af tre journaler ikke var dokumenteret aftaler med behandlingsansvarlig læge.

Personalet der deltog i tilsynet kunne redegøre for aftaler med patientens egen læge, men aftaler med speciallæger vedrørende f.eks. epilepsi og diabetes blev ikke systematisk dokumenteret.

Styrelsen har derfor lagt til grund, at der alene er tale om manglende journalføring af aftalerne.

Det fremgår af vejledning om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 5.2., at det i nødvendigt omfang skal fremgå af journalen, hvilke eksterne samarbejdspartnere, der er, og hvilke aftaler der er med disse samarbejdspartnere.

Det er styrelsens vurdering, at det er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients forløb, at personalet har kendskab til, og at det dokumenteres, hvem der er behandlingsansvarlig læge og hvilke aftaler, der er med denne, således at der sikres kontinuitet i behandlingen og eventuelle uklarheder om behandlingen kan afklares ved kontakt til lægen.

Dokumentation af indhentelse af informeret samtykke

Styrelsen konstaterede ved tilsynsbesøget, at det i én ud af tre journalgennemgange ikke var journalført, hvem der kunne give stedfortrædende samtykke på vegne af en patient, som ikke selv var i stand til at samtykke grundet behandlingens kompleksitet.

Personalet kunne under tilsynet redegøre for, hvem der i disse situationer kunne træffe beslutning og samtykke på patientens vegne, men det var ikke dokumenteret i journalen. Styrelsen har derfor lagt til grund, at der alene var tale om en journalføringsmangel.

Styrelsen kan oplyse, at for at et informeret samtykke fra en patient er gyldigt, skal patienten være habil.

Det fremgår af § 17 i journalføringsbekendtgørelsen, at det i nødvendigt omfang skal fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten eller den, der ifølge lovgivningen kan give et samtykke på patientens vegne. Samtykket til eller fravalget af behandling, skal fremgå af journalen, jf. dog stk. 2. Det fremgår af stk. 2, at hvis der gives stiltiende samtykke til behandling, skal samtykket kun fremgå i nødvendigt om-

fang. Det fremgår af pkt. 2 i vejledning nr. 161 af 13. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., at for at man kan tale om et gyldigt samtykke, kræver dette, at patienten er i stand til at overskue konsekvenserne på baggrund af den givne information.

Det fremgår videre af § 14, stk. 1, nr. 3, i journalføringsbekendtgørelsen, at det skal fremgå af patientjournalen, hvis en patient ikke har samtykkekompetence, og hvem der i så fald kan give samtykke på patientens vegne, jf. sundhedslovens §§ 17-18.

Ligeledes fremgår det af vejledningen om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.3, at det i nødvendigt omfang skal fremgå af journalen, hvilken information om plejen og behandlingen, der er givet til patienten eller eventuelt de pårørende i forbindelse med stedfortrædende samtykke, og hvad patienten/de pårørende på denne baggrund har tilkendegivet.

Det er styrelsens opfattelse, at den utilstrækkelige journalføring af indhentelsen af informeret samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke er klart, og det derved ikke er sikret, at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

Samlet vurdering af journalføringen

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

Håndtering af epileptiske anfald, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herfor

Styrelsen konstaterede ved tilsynsbesøget, at personalet ikke kunne redegøre for, hvordan de skulle reagere hos en patient med epileptiske anfald, hvis der blev observeret manglende respons på rektal administration af Stesolid. Der var i det konkrete tilfælde ikke taget kontakt til behandlingsansvarlig læge med henblik på nærmere afklaring af dette.

Ledelsen og medarbejdere kunne ved interview ikke redegøre nærmere for dette.

Styrelsen konstaterede også, at der ikke forelå en instruks for, hvordan personalet skulle håndtere patienter med epileptiske anfald, herunder ikke retningslinjer for tidsrummet mellem administration af pn-Stesolid og angivelse af maksimal døgndosis.



Det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser, at instrukser er et nødvendigt arbejdsredskab til styrkelse af patientsikkerhed. Det skal overvejes, om der er et behov for instrukser, ved:

- procedurer hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patient eller personale
- procedurer hvor ansvars- og kompetenceforholdet ikke er naturligt afgrænset mellem de involverede sundhedspersoner
- procedurer som ikke kan forventes at være alment kendt eller afviger væsentligt fra, hvad der anvendes på andre tilsvarende afdelinger

Med procedurer menes de patientrelaterede arbejdsgange og processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje.

Instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Instrukser sikrer således klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen for den sundhedsfaglige behandling mellem alle ansatte personalegrupper, og hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Styrelsen skal bemærke at beboerne hos Boligerne Rådhusvej 63 er en sårbar gruppe af personer med varige og kognitive funktionsnedsættelser.

Styrelsen skal videre bemærke, at epilepsi er en alvorlig sygdom, hvor mangelfuld behandling kan indebære betydelige helbredsmæssige konsekvenser, ikke mindst for personer, der i forvejen har funktionsnedsættelser.

Det er styrelsens opfattelse, at der ved Boligerne Rådhusvej 63 bør være en instruks for håndtering af epileptiske anfald for at understøtte en patientsikker håndtering af denne patientgruppe, ligesom der bør sikres et samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, herunder fornøden kontakt ved epilepsi og uklarhed i forhold til, hvordan anfald skal håndteres eller manglende effekt af iværksat behandling.

Det er styrelsens vurdering, at det rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, hvis der ikke udarbejdes og implementeres en instruks for håndtering af patienter med epilepsi på Boligerne Rådhusvej 63, for derigennem at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandlingen, idet undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Instruks for samarbejde med andre behandlingssteder

Det blev under tilsynet konstateret, at hjemmesygeplejen varetog administration af insulin og blodsuktermåling for en patient med nydiagnosticeret sukkersyge, men det var ikke dokumenteret i journalen, hvorledes Boligerne Rådhusvej 63 skulle forholde sig, hvis patienten fik symptomer på lave/høje blodsukkerværdier.

Personalet kunne ikke redegøre for, om der var en plan for dette, og det blev ved interviewet oplyst, at der ikke var indgået aftaler om ansvar for behandlingen mellem hjemmesygeplejen og Boligerne Rådhusvej 63.

Under tilsynsbesøget kunne der ikke redegøres for, om den behandlingsansvarlige læge havde ordineret behandling ved forhøjet/for lavt blodsukker, herunder hvilke referenceværdier for blodsukker, der var tilstræbt i behandlingen.

Hjemmesygeplejen og behandlingsstedet havde ikke adgang til hinandens journaler vedrørende patientens diabetesbehandling.

Styrelsen konstaterede således, at der ikke var sikret den fornødne klarhed i forhold til samarbejdet med andre behandlingssteder. Der forelå ingen beskrivelse af, hvordan samarbejdet skulle foregå.

For oplysning om kravene til, hvornår der skal foreligge instrukser, indhold af instrukser og ledelsens ansvar i den forbindelse henvises til angivelserne herom i afsnittet ovenfor om håndtering af patienter med epileptiske anfald og nedenfor under instruks for hygiejne.

Det er styrelsens vurdering på baggrund af det under tilsynsbesøget konstaterede, at det ved Boligerne Rådhusvej 63 er nødvendigt, at der udarbejdes og implementeres en instruks for samarbejdet med andre behandlingssteder, for at sikre den fornødne sikkerhed og kontinuitet i patientbehandlingen, når denne varetages i samarbejde med andre behandlingssteder, herunder hjemmesygeplejen, speciallæger mv.

Det er således styrelsens vurdering, at fraværet af en fyldestgørende instruks herfor ved Boligerne Rådhusvej 63 rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden.

Instruks for hygiejne

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der forelå en instruks for hygiejne og smitsomme sygdomme, men at instruksen var mangelfuld, idet den ikke indeholdt en fyldestgørende beskrivelse af forholdsregler ved anvendelse af privat tøj i forbindelse med udførelse af pleje og behandling, herunder anvendelse af værnemidler, og at privat tøj skulle kunne vaskes ved 60 grader.

Styrelsen skal i den forbindelse henvise til det ovenfor anførte om instrukser under håndtering af patienter med epilepsi og de krav, der følger af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

Styrelsen skal supplerende hertil bemærke, at ledelsen – ud over udarbejdelse af instrukser – også har ansvaret for:

- At instrukserne er kendt af personalet
- At instrukserne har en sådan udformning, omfang og placering, at de er anvendelige i det daglige arbejde
- At nyansatte og vikarer introduceres til afdelingens instrukser
- At påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser

Det er styrelsens vurdering, at der ved et behandlingssted som Boligerne Rådhusvej 63 bør være implementeret fyldestgørende instrukser for hygiejne mv. for på tilstrækkelig vis at understøtte, at behandling og pleje sker patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Samlet vurdering for påbuddet

Styrelsen vurderer, at de konstaterede problemer inden for medicinhåndtering, sygeplejefaglige vurderinger, journalføring, håndtering af epileptiske anfald, og fraværet af fyldestgørende sundhedsfaglige instrukser for samarbejdet med andre behandlingssteder og for hygiejne samlet set udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Offentliggørelse

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre et resumé af påbuddet på styrelsens hjemmeside og på sundhed.dk. Det følger af sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt.

Det enkelte behandlingssted skal også offentliggøre resuméet af påbuddet og tilsynsrapporten på behandlingsstedets egen hjemmeside samt gøre resumé og tilsynsrapport umiddelbart tilgængelige på selve behandlingsstedet. Det følger af § 2 i bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016 om offentliggørelse af påbud givet som led i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sygehuse, klinikker og andre behandlingssteder og § 27 i bekendtgørelse nr. 1397 af 24. juni 2021 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder mv.

Klagevejledning

Der kan ikke klages over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til nogen anden administrativ myndighed, jf. sundhedsloven § 215 b, stk. 2.

Med venlig hilsen



Mia Karlqvist
Specialkonsulent, cand.jur.

Annemarie Rohrberg
Oversygeplejerske

Lovgrundlag

Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 om sundhedsloven

§ 213. Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

§ 213 b. Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter tilsynsbesøg udført efter § 213, stk. 1 og 2, og en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynet efter § 213, stk. 2.

§ 215 b. Hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted omfattet af tilsyn efter § 213, stk. 1 eller 2, kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør afgørelser truffet efter stk. 1.

§ 272. Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 202 a, stk. 1-4, § 202 b, stk. 1, eller § 213 a, stk. 1, 2 pkt., § 213 c, stk. 1, eller § 215 b, stk. 1, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af § 220, stk. 2, 3 og 7.