



# Tilsynsrapport DANSKE DIAKONHJEM Ringkøbing Plejehjem

Reaktivt tilsyn, 2017

**DANSKE DIAKONHJEM Ringkøbing Plejehjem**  
Bellisvej 19  
6950 Ringkøbing

P-nummer: 1003057902

Ringkøbing-Skjern kommune

Dato for tilsynet: 30-11-2017

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-465/3

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet

## Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 30. november 2017 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

**Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden**

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på følgende kilder: Interview, observationer og gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation inklusiv patientrettigheder samt kontrol af medicin håndtering i tre stikprøver

Det var tydeligt, at der allerede inden tilsynet var foretaget kontrol og ændringer for at sikre opfyldelse af målepunkterne.

I forbindelse med tilsynet var der lydhørhed for den rådgivning, der blev i forbindelse med observerede generelle opmærksomhedspunkter.

På baggrund af dette fremstod plejehjemmet sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af engagement og systematik. Der blev ikke identificeret problemer af betydning for patientsikkerheden.

## Begrundelse for tilsynet

Behandlingsstedet er udvalgt på baggrund af fund af fejl og mangler ved tilsynet i 2015 samt fund af alvorlige fejl og mangler ved tilsynet 2016.

Ved såvel de ordinære tilsyn som opfølgende tilsyn er der fundet fejl og mangler af varierende grad indenfor samme områder:

- Instrukser
- Journalføring – de sygeplejefaglige optegnelser

- Medicinhåndtering
- Patienters retsstilling

## Fund

På baggrund af observationer, interview, gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation og medicinhåndtering konstaterer styrelsen, at alle målepunkter er opfyldte

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

## 2. Fund

↑ Tilbage til vurdering

### 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			
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 overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	X			Relevans og omfanget af planer for pleje og behandling af specifikke problemer blev drøftet.

## Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
8b:	<u>Instruks for medicinhåndtering. 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			Det blev oplyst, at der kunne være visse udfordringer i samarbejde med et bestemt lægehus. Relevante parter var involveret i håndtering af problemet
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 ordnede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	X			
15:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	X			
16:	<u>Enkeldosis og døgndosis, herunder</u>	X			

	<u>tidspunkt</u>				
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			
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

29a:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
29b:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og</u>	X			

	<u>følger instruksen</u>				
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			
31:	<u>Håndhygiejne</u>	X			
32:	<u>Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.</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			

## Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
37: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	<p>Opmærksomhed på patienters fortsatte evne til at selvadministrere afhængighedsskabende lægemidler blev drøftet.</p> <p>Der var problemer med opdateringer af FMK i forbindelse med udskrivelse fra sygehus. Relevante parter var involveret i problemløsning uden at dette havde ført til en løsning. Der blev anvendt mange ressourcer på at "overføre" ordinationer og sikre, at medicinordinationerne efter udskrivelse var korrekte</p>

## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

Ringkøbing Plejehjem var en del af Danske Diakonhjem med driftsaftale med Ringkøbing-Skjern Kommune. Der var plads til 66 beboere fordelt på tre afsnit i to etager.

Nuværende leder stopper sin ansættelse pr. 31. december 2017.

Der var tiltrådt ny afdelingssygeplejerske pr. 1. juni 2017. I tillæg hertil var der siden det opfølgende tilsyn ansat to sygeplejersker. Blandt personalet var, social- og sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælpere, plejehjemsassistent og ergoterapeut.

Fremmødeprofil var i dagvagt 5-6 personaler og altid sygeplejerske, aftensvagt 7 personer, hvoraf den ene var en social- og sundhedsassistent, som varetog opgaver på de forskellige afdelinger efter behov. Der var to personalemedlemmer i nattevagt. Der blev anvendt kendte vikarer ved behov.

Der var aftale med den kommunale hjemmesygepleje om tilkald i aften- og nattevagter samt weekend og helligdage.

Ansættelse af diætist i kommunalt regi var undervejs.

Afdelingssygeplejersken havde overtaget ansvaret for opfølgning på handleplan fra det frekvensbaserede tilsyn i 2016.

Sygeplejefaglig konsulent i Ringkøbing-Skjern Kommune havde siden det ordinære frekvensbaserede tilsyn i 2016 i en længere periode indtil fornylig været på månedlige besøg på Ringkøbing Plejehjem for opfølgning på sundhedsfaglig dokumentation og medicin håndtering.

Der var aktuelt planlagt omorganisering med tildelt patientpleje og udvikling af faglige kompetencer hos personalet.

Der pågik undervisning vedrørende nyt journalsystem og implementering af Fællessprog III.

### Om tilsynet

Tilsynet blev indledt med samtale med forstander Karin Staun Christensen, sygeplejefaglig konsulent Margrethe Siig fra Ringkøbing-Skjern Kommune samt de to sygeplejersker på stedet.

Der blev herefter foretaget gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation inklusiv patientrettigheder samt medicin håndteringen hos tre patienter under anvendelse af målepunkter fra det risikobaserede tilsyn.

Der blev suppleret med et kort interview med to social- og sundhedsassistenter vedrørende generelle forhold om sundhedsfaglige opgaver.



Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til ovenstående deltagere

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](#)