



Tilsynsrapport Plejehotel Stenhusbakken

Reaktivt tilsyn, 2018

**Plejehotel Stenhusbakken
Stenhusvej 21**

4300 Holbæk

CVR- eller P-nummer: 1019152134

Dato for tilsynet: 19-06-2018

Tilsynet blev foretaget af: øst
Sagsnr.: 5-9011-1118/3

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden ikke modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 19. juni 2018 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på observationer, interview og journalgennemgang.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at Plejehotel Stenhusvej har arbejdet grundigt og systematisk med at højne patientsikkerheden på baggrund af påbud den 14. februar 2018. Dette har medført en tydelig forbedring i patientsikkerheden.

Påbuddet var efterlevet for så vidt angik medicinhåndtering, og der var sket tydelige forbedringer vedrørende systematisk journalføring. Det er styrelsens generelle indtryk, at journalføring og medicinhåndtering er i overensstemmelse med gældende regelsæt. Endvidere var målepunkterne vedrørende efterlevelse af instrukser for sundhedsfaglig dokumentation, medicinhåndtering, aftaler med behandlingsansvarlige læger og patienternes behov for behandling opfyldt.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at journalføringen var forbedret i forhold til aftaler med behandlingsansvarlig læge, aktuel beskrivelse af pleje og behandling samt oversigt over sygdomme. Der fandtes enkelte fund i form af manglende dokumentation af samtykkekompetence/handleevne.

Ovenstående mangler vurderes at kunne udbedres, da der arbejdes systematisk med journalføring. Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer således, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 6. juli 2017 et tilsyn på baggrund af en indberetning om de sundhedsfaglige forhold, hvor styrelsen blev opmærksom på flere kritisable forhold vedrørende journalføring af den udførte sundhedsfaglige behandling samt medicinhandling.

Den 14. februar 2018 gav Styrelsen for Patientsikkerhed et påbud til Plejehotel Stenhusvej om at sikre tilstrækkelig journalføring og implementering af en række instrukser, herunder instruks om medicinhandling.

Den 19. juni 2018 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende reaktivt tilsyn med vurdering af målepunkter indenfor journalføring og medicinhandling med henblik på at konstatere, om påbuddet var efterlevet.

Fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Der var tre uopfyldte målepunkter, hvor der manglede dokumentation for, at alle sygeplejefaglige problemområder var vurderet og beskrevet, en manglende oversigt over patients sygdomme og funktionsnedsættelser samt manglende dokumentation af informeret samtykke til behandling.

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 de problemområder, der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 3)
- at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 6)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger. Styrelsen anmoder om, at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

2. Fund

Ved interview fremlagde ledelsen, hvorledes der efter tilsynet den 6. juli 2017 var blevet iværksat et arbejde med at rette op på patientsikkerheden i relation til journalføring og medicinhåndtering samt aftaler med behandlingsansvarlig læge og patienternes behov for behandling. Der var udarbejdet en detaljeret handleplan for indsatsområde, implementering samt ansvarlig for opfølgning.

Der var efterfølgende undervist i journalføring både i grupper og på individniveau, og der var ansat en koordinerende sygeplejerske, som sikrede fyldestgørende dokumentation og medicinhåndtering blandt andet ved anvendelse af sidemandsoplæring.

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			
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		Den sygeplejefaglige udredning var udført, men der var udeladt udfyldelse af flere vurderingsområder, da de ikke fandtes relevante for patienten.
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I en af tre stikprøver manglede der beskrivelse af en patients KOL. Oversigten blev opdateret under tilsynet. I en anden stikprøve manglede algoritme i forbindelse med blodsuktermåling hos en patient med diabetes 2.
5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	x			
6:	<u>Informeret samtykke</u>		x		I to af tre stikprøver var der ikke dokumenteret informeret samtykke, men god praksis på området blev beskrevet.
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og</u>	x			

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

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			
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,</u>	x			

	<u>styrke og aktuelle handelsnavn</u>				
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			
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			
30.b	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet</u>	x			

	kender og følger instruksen				
--	--------------------------------	--	--	--	--

Generelt

36:	Samtykkekompetence/ handleevne		x		I en af tre stikprøver var der ikke beskrevet samtykkekompetence og handleevne
-----	-----------------------------------	--	---	--	--

Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
37: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæs- sige risici		Den manglende udfyldelse af den sygeplejefaglige udredning skyldes en opbygning af omsorgssystemet, som ikke kunne imødekomme en udfyldelse, hvis det enkelte vurderingsområde ikke var relevant for patienten. Der var fortrykt tre muligheder i forbindelse med udfyldelse af området: - Forringet tilstand - Uændret tilstand - Forbedret tilstand Det var ikke muligt at beskrive en normal eller ikke aktuel tilstand. Holbæk Kommune var for nylig blevet opmærksom på problemstillingen, og en opdatering af journalsystemet var undervejs.

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Plejehotel Stenhusbakken tilbyder ophold til borgere, som har et behov for et midlertidigt ophold, hvor det vurderes, at borgers behov ikke kan tilgodeses i eget hjem. Plejehotellet modtager borgere, hvor der er behov for en sundhedsfaglig indsats efter fx en indlæggelse og/eller efter et funktionstab, hvor borger har brug for en rehabiliterende indsats, så borger igen kan klare sig i eget hjem.
- Plejehotellet modtager borgere, der er for svækket til at opholde sig i eget hjem, og hvor en indlæggelse på sygehus kan forebygges.
- Plejehotellet modtager borgere til pleje og omsorg i den sidste livsfase.
- De midlertidige pladser anvendes også til vurderinger af borgers funktionsniveau, og med henblik på vurdering af fremtidig boform.
- Er der behov for et midlertidigt ophold for borger så ægtefælle/samlever kan genvinde kræfterne til at håndtere hverdagen igen, tilbydes der også plads ved Plejehotellet.
- Der er 26 midlertidige pladser. Plejehotellet har desuden 15 faste plejeboliger.
- Personalet er tværfagligt og består af sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, social og sundhedshjælpere, fysioterapeut, ergoterapeut samt ernæringsfaglig medarbejder.
I medarbejdergruppen er der medarbejdere, der har fast vagtlag, her i dag – aften og nattevagt samt andre medarbejdere, der arbejder i to-holds vagter med dag og aftenvagt.

Om tilsynet

- Begrundelse for tilsynet: Reaktivt opfølgende tilsyn på baggrund af påbud givet den 14. februar 2018, om at sikre tilstrækkelig journalføring og forsvarlig medicinhåndtering.
- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til: Områdeleder Charlotte Jensen, centerleder Mette Munk, teamleder Pia Overgaard og koordinerende sygeplejerske.
- Tilsynet blev foretaget af: Lone Lind Pedersen, oversygeplejerske og Helle Mahler, oversygeplejerske

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 tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, 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.

¹ 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.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ 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 behandlingsstedet⁴. 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 journaloplysninger⁵.

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.⁶

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁷.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

⁷ 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.⁸

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 tilsynsbesøg⁹, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁸ [Se sundhedsloven § 215 b](#)

⁹ [Se sundhedsloven § 213, stk. 1](#)