



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport KRISTRUP CENTRET

Reaktivt tilsyn, 2018

KRISTRUP CENTRET
Byvænget 12
8960 Randers SØ

P-nummer: 1003357035

Randers kommune

Dato for tilsynet: 11-01-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-1842/2

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 11. januar 2018 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på interview, observation og gennemgang af journalmateriale og medicinhåndtering i tre stikprøver. På baggrund af dette fremstod plejehjemmet sundhedsfagligt med gode procedurer og høj grad af systematik.

Det var tydeligt, at der i forhold til det frekvensbaserede samt det opfølgende tilsyn i 2015, var sket en markant ændring og foretaget tiltag, der skulle sikre opfyldelse af gældende regelsæt.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev arbejdet konstruktivt og kontinuerligt med uddannelsesaktiviteter og tilbagevendende egenkontrol af journalføring og medicinhåndtering. Der blev gjort en stor indsats for at opretholde patientsikkerheden i implementeringsfasen af den nye journal og Fælles Sprog 3.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der var et enkelt uopfyldt målepunkt i journalføringen og en enkelt uopfyldt målepunkt vedrørende medicinhåndteringen.

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

Kristrup Plejecenter var udvalgt på baggrund af fund af alvorlige fejl og mangler ved tilsynet i 2015.

Ved såvel det ordinære som opfølgende tilsyn i 2015 blev fundet fejl og mangler af varierende grad indenfor samme områder: journalføring, medicinhandling og hygiejne.

Der var ikke indhentet oplysninger inden tilsynsbesøget.

Fund

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

- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 3)
- at der er angivet enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn. medicin (målepunkt 17)

Der blev anvendt udvalgte målepunkter i forhold til journalføring og medicinhandling.

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

Henstillinger

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

↑ Tilbage til vurdering

Der blev anvendt udvalgte målepunkter fra det risikobaserede tilsyn vedrørende: journalføring, medicin håndtering og hygiejne.

Patientforløb og journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3: <u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		Der var enkelte eksempler på manglende dokumentation for vurdering af eksempelvis respiration og hørelse. Vurderingen kunne i enkelte tilfælde være beskrevet mere konkret og entydig fx vedrørende ernæring og kommunikation.
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		I en ud af tre stikprøver fremgik iltordination til en patient med KOL ikke af den sundhedsfaglige dokumentation.
6: <u>Informeret samtykke</u>	X			
7: <u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	X			

Medicin håndtering

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>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	X			
17:	<u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>		X		I to ud af tre stikprøver var der ikke angivet maksimal dosis døgndosis for flere præparater, der var ordineret som pn-medicin.
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			

Generelt

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

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Behandlingsstedet havde 26 almene plejeboliger samt 3 boliger under frit valg, som blev betjent af behandlingsstedet.
- På behandlingsstedet var ansat tyve medarbejdere, ligeligt fordelt på social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter samt en sygeplejerske.
- Fremmøde i dagvagt var seks medarbejdere og en sygeplejerske, tre medarbejdere i aftenvagt, heraf altid en social- og sundhedsassistent. I nattevagt var der en medarbejder, samt fast vagthjælp fra anden plejecenter.
- Behandlingsstedet havde kontinuerligt elever og studerende i praktik, som blev beskrevet som medvirkende til løbende læring i personalegruppen.
- Behandlingsstedet havde den 1. januar 2018 ansat fast tilknyttet læge – lokal lægepraxis – til plejecentret.
- Behandlingsstedet arbejder med triagering af patienterne, samt kontinuerlig egenkontrol på medicinbehandling og journalføring.

Om tilsynet

- Tilsynet blev indledt med samtale med centerleder Kate Karlstand, en sygeplejerske, to social- og sundhedsassistenter samt sygeplejefaglig konsulent Pia Ravnsbæk Bjerger, vedrørende varetagelse af de sundhedsfaglige opgaver.
- Der blev gennemført stikprøvekontrol af medicinbehandling og journalføring hos tre patienter på behandlingsstedet under medvirken af to social- og sundhedsassistenter og en sygeplejerske.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til centerleder Kate Karlstand, en sygeplejerske, to social- og sundhedsassistenter samt sygeplejefaglig konsulent Pia Ravnsbæk Bjerger.
- Tilsynet blev foretaget af: oversygeplejerskerne Karen Marie Dencker og Mary-Ann Steenbryggen Christiansen.

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