



Rapportudkast til tilsynsrapport Distrikt 15 - Rosenlunden

Reaktivt tilsyn, 2017

Plejehjem

Distrikt 15 - Rosenlunden
Nørrebrogade 8 c/o Erritsø Bygade 85 A, 1.sal

7000 Fredericia

CVR- eller P-nummer: 1010341635

Dato for tilsynet: 30-06-2017

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd, sygeplejerske Ulla Smith og projektleder Dorte Rørmann

Sagsnr.: 5-9011-1103/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Efter parthøringsperioden tilføjer Styrelsen for Patientsikkerhed en konklusion i denne rubrik.

Vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 30. maj 2017 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Få forhold af mindre betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at det kun var få målepunkter, med mindre betydning for patientsikkerheden, der ikke var opfyldt

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsyn pga. en bekymringshenvendelse fra en praktiserende læge.

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves: Rosenlunden, distrikt 15, fremstod som en veldrevet organisation med stor opmærksomhed på patientsikkerheden.

De anvendte målepunkter kan ses her: [Målepunkter plejehjem](#)

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 det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 36)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet fremadrettet opfylder ovenstående.

Behandlingsstedet anmodes om at fremsende eventuelle bemærkninger hertil og eventuel dokumentation for opfyldelse af ovenstående punkter.

2. Fund ved tilsynet

Interview med ledelse og personale

Personalet redegjorde detaljeret for det forløb, der efterfølgende har afstedkommet en bekymringshenvendelse fra patientens praktiserende læge.

Dokumentation for de sygeplejefaglige handlinger og kommunikation mellem parterne var tilgængeligt, både i papirform og elektronisk.

Fokus for den øvrige del af tilsynet, var på 2 stikprøver på dels den aktuelle patient og en anden patient med samme praktiserende læge.

Der blev i relation til målepunkterne fokuseret på dele af medicineringsprocessen, journalføring og varetagelse af samtykkekompetence/handleevne

Gennemgang af journalføring hos 2 patienter

Plejhjemmet arbejder efter Fredericia Kommunes instrukser og anvender Nexus i journalføringen.

Indtrykket er, at der arbejdes systematisk med journalføring, og at der på trods af et relativt komplekst system med mange visninger, er en sikkerhed i anvendelse og fremfindelse af dokumentation.

Der forelå i begge tilfælde en fyldestgørende oversigt over borgernes sygdomme og funktionsniveau. I det ene tilfælde var der redegjort relevant under de sygeplejefaglige problemområder, dog *ikke* på de områder hvor det var vurderet som ikke-relevant eller 'i.a.'. Ved den anden patient, var dette påført korrekt under alle områder.

I de tilfælde, hvor lægen ikke havde skrevet et notat, f.eks. i forbindelse med en ordination, havde sygeplejersken korrekt refereret telefonopkald eller anden kommunikation efterfølgende. Der var generelt flere eksempler på at ordinationspraksis ikke altid fulgte FMK processen, men også lå i form af håndskrevne noter på papirark fra den praktiserende læge.

Ved begge stikprøver manglede der en beskrivelse af, hvem der varetog patienternes helbredsmæssige interesser. Systemet Nexus understøtter for nuværende ikke denne dokumentation. Personalet var bevidst om denne mangel, og ville efterfølgende oprette specifikke handleplaner.

Gennemgang af medicinbehandlingen hos 2 patienters

Medicinalisterne blev ført i overensstemmelse med de gældende regler.

Medicinbeholdning, behandlingen og hygiejnen var fuldt tilfredsstillende på alle observerede punkter.

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Rosenlunden er et plejehjem for patienter med demens. Der er 24 patienter fordelt på to etager. Daglig leder er sygeplejerske Ea Hanmann, som også er leder for to andre plejehjem i Fredericia kommune.

Om tilsynet

- Ved tilsynet deltog foruden lederen, Fredericia Kommunes plejeforfatter og en social- og sundhedsassistent der var ansvarlige for Nexus systemet på plejehjemmet.
- Dokumentation og medicinbehandling for to patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev efterfølgende givet til: Fredericia Kommunes plejeforfatter.
- Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Ulla Smith og projektleder Dorte Rørmann.

Øvrigt

Intet at bemærke

4. Bilag

Grundlag

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.

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 som led i afdækning af nye områders risikoprofil. Endvidere vil der også blive ført tilsyn på stikprøvebasis inden for alle områder uanset forudgående vurdering af risiko.

Styrelsen vil ved tilrettelæggelsen af det risikobaserede tilsyn og læringsaktiviteter lægge vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der er høj risiko for patientsikkerheden og tage hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg er medicin håndtering og prøvesvar i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Endvidere har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på www.stps.dk. Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden.

Lovgrundlag

Tilsynet bliver normalt foretaget efter varsling af behandlingsstedet 6 uger før besøget. 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.

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 Sundhedsloven § 213, stk. 2

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner⁵ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient⁶.

Tilsynsbesøgene tager udgangspunkt i relevante generiske og specialespecifikke målepunkter for tilsynet, som kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside (www.stps.dk). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., behandlingsstedet vil blive vurderet på.

Styrelsen undersøger ved tilsynet, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt.⁷ Styrelsen reagerer herudover på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen kan afkræve personer på behandlingsstedet oplysninger, der er nødvendige som led i tilsynet⁸. Disse personer har pligt til at give de afkrævede oplysninger.

Tilsynsbesøg kan blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende skriftligt materiale, fx en instruks eller en redegørelse for ændring af en procedure på behandlingsstedet. Styrelsen kan også efter behov henstille til behandlingsstedet at følge nærmere bestemte faglige anvisninger.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed også give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.⁹

Tilsynsbesøg kan også blive fulgt op af fornyet tilsynsbesøg¹⁰, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁵ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

⁶ Se sundhedsloven § 5.

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ Se sundhedsloven § 213 b

⁹ Se sundhedsloven § 215 b

¹⁰ Se sundhedsloven § 213, stk. 1