



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Tilsynsrapport Den Selvejende Institution Birkebo

Reaktivt tilsyn, 2017

**Den Selvejende Institution Birkebo  
Hellebo Park 98**

**3000 Helsingør**

CVR- eller P-nummer: 1001584414

Dato for tilsynet: 30-06-2017

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-1139/2

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

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

## Vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 30. juni 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 organisationen overordnet virkede veldrevet med gode procedurer og høj grad af systematik og strukturer, der gav plads til faglig refleksion og fælles vidensdeling og læring. Dette giver høj grad af patientsikkerhed. Næsten alle målepunkter var opfyldt, og det var styrelsens vurdering, at de uopfyldte målepunkter havde en mindre betydning for patientsikkerheden. Styrelsen har ved vurderingen også lagt vægt på, at personale og ledelse selv kunne se, hvilke mangler der var vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation og allerede ved tilsynet, igennem fælles refleksion, kom med forslag til, hvordan de kunne imødekomme de uopfyldte målepunkter.

Styrelsen vurderer således, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Det er styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

### **Begrundelse for tilsynet**

Styrelsen for Patientsikkerhed har i forbindelse med en verserende sag vedrørende fejlmedicinering af en patient besluttet at foretage et reaktivt tilsyn med udgangspunkt i styrelsens målepunkter for plejehjemstilsynet 2017. Styrelsen vil særligt lægge vægt på den sundhedsfaglige dokumentation, medicinbehandling, herunder procedure for anvendelse af tryghedskasser til terminale patienter samt vikars adgang til journalen og procedure for, hvordan personalet skal handle, hvis de er i tvivl om en kollegas/vikars faglige kompetence i et vagtskifte.

## Baggrund

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende kilder:

Gennemført reaktivt tilsynsbesøg den 30. juni 2017.

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på at de fleste målepunkter var opfyldt, og at alle målepunkter indenfor instruksområdet var opfyldt. Der var tilrettelagt en god procedure for overlevering af sundhedsfaglig information mellem vagterne på hele døgnet, og der var implementeret procedure for brug af vikarer, herunder hvordan personalet skulle forholde sig, hvis der var tvivl om en afløser/vikars kompetencer i forhold til de sundhedsfaglige opgaver. Medicinhåndteringen var veludført, herunder procedure for anvendelse af tryghedskasser ved terminale patienter, og personalet fulgte instruksen for medicinhåndtering. Inden for den sundhedsfaglige dokumentation manglede få forhold vedr. de 12 sygeplejefaglige problemområder og vedr. beskrivelse af aftaler med behandlende læger. I alle tre stikprøver manglede der opfølgning på enkelte områder af den iværksatte pleje og behandling, ligesom informeret samtykke til behandling ikke konsekvent blev dokumenteret.

### Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

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 hvilke aftaler, der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbreds-mæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- 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)
- at den sundhedsfaglige dokumentation er tilgængelig med personligt log-in for alt personale, herunder vikarer, der deltager i observation, pleje og behandling (målepunkt 7)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående.

Styrelsen anmoder om at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt senest tre uger efter modtagelsen af denne.

## 2. Fund ved tilsynet

### 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		I en af tre stikprøver manglede beskrivelse af patientens aktuelle problemer vedr. kredsløb
4: <u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I en af tre stikprøver manglede beskrivelse af aftaler med behandlende læge vedr. eksempelvis stofskifte og kredsløb
5: <u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		I alle tre stikprøver var opfølgning og evaluering på iværksat pleje og behandling ikke konsekvent dokumenteret, eksempelvis i forbindelse med UVI, forhøjet BT og diabetes.
6: <u>Informeret samtykke</u>		X		I alle tre stikprøver blev patientens informerede samtykke til behandling ikke konsekvent dokumenteret.
7: <u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>		X		Vikar havde ikke personligt log-in til journalen.

## Medicin håndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicin håndtering. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
8b:	<u>Instruks for medicin håndtering. 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, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	X			
16:	<u>Enkelt dosis 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			
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

29a:	<u>Personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
------	---	---	--	--	--

29b:	<u>Personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
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	

## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Den selvejende institution Birkebo blev ledet af centerleder Lotte Hermansen, som havde været ansat i ca. 1 år. Det blev oplyst at Birkebo havde 70 boligerne med plads til 72 beboere fordelt på 3 afdelinger. Den daglige ledelse bestod af to afdelingssygeplejersker med ansvar for henholdsvis 1 og 2 afdelinger. Der var ansat basissygeplejersker i dagvagt og social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag. I aften- og nattevagten samarbejdede social- og sundhedsassistenterne med Akutteamet i Helsingør Kommune, når der var behov herfor.
- Det blev oplyst, at der forud for centerleder Lotte Hermansens ansættelse havde været stor udskiftning i ledelse og personale. Der var derfor blevet lagt en plan for opbygning af en faglig stærk organisation med blandt andet undervisning i demens, rekruttering af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og fokus på sundhedsfaglig dokumentation og medicinhåndtering. Det blev endvidere oplyst, at der var et tæt og godt samarbejde med Helsingør Kommune.
- Det blev endvidere oplyst, at for at sikre kontinuitet i plejen af beboerne var der ved overlevering mellem vagterne planlagt 15 minutter med rapport fra nattevagten til dagvagten i hvert afsnit og det samme om eftermiddagen fra dagvagten til aftenvagten. Sygeplejerskerne deltog ligeledes ved overleveringerne.

### Om tilsynet

- Reaktivt tilsyn.
- Dokumentationen for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til: Centerleder Lotte Hermansen og sygeplejerske.
- Tilsynet blev foretaget af: chefjurist Eva Bidstrup og oversygeplejerske Helle Lerche Nordlund

### Øvrigt



## 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