

Resumé til offentliggørelse

Plejhjem Solbjerghaven

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 31. oktober 2023 givet påbud til Plejhjem Solbjerghaven om at sikre forsvarlig medicinhåndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, tilstrækkelig journalføring, forsvarlig håndtering af fravalg af livsforlængende behandling og udarbejdelse og implementering af visse sundhedsfaglige instrukser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Plejhjem Solbjerghaven:

1. at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruks herom, fra den 31. oktober 2023.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige patienter i aktuel behandling, fra den 31. oktober 2023.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom, fra den 31. oktober 2023.
4. at sikre forsvarlig håndtering af fravalg af livsforlængende behandling, herunder implementering af instruks herom, fra den 31. oktober 2023.
5. at sikre udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for opgave- og ansvarsfordeling samt hygiejne, fra den 31. oktober 2023.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 22. august 2023 et reaktivt udgående tilsyn hos Plejhjem Solbjerghaven.

Plejhjem Solbjerghaven er et plejhjem i Furesø Kommune med plads til 20 beboere fordelt på to bo-enheder med plads til ti beboere i hvert bofællesskab.

Ved tilsynet blev der gennemgået to journaler og foretaget seks medicingennemgange. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Styrelsen har desuden inddraget behandlingsstedets partshørings svar af 18. oktober 2023.

Begrundelse for påbuddet

Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicinhåndteringen på behandlingsstedet.

Medicinliste

Styrelsen konstaterede, at der i alle seks medicinbeholdninger var præparater, hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik. Eksempelvis stod der Corodil på medicinlisten, mens der i beholdningen var Enalapril Teva. I en anden stikprøve stod der Gangiden på medicinlisten, mens der i beholdningen var Moxalole.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for fejlmedicinering, hvis medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret.

Medicinbeholdning

Styrelsen gennemgik medicinbeholdningen. I tre stikprøver manglede den ordinerede medicin i patientens medicinbeholdning. Det drejede sig i alle tilfældene om et smertestillende præparat, der kunne gives ved behov.

I en anden stikprøve var der på medicinlisten ordineret Dulcolax suppositioner af ti mg. I medicinbeholdningen fandtes både fem og ti mg.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis al den medicin, der er ordineret til patienten, ikke findes i patientens beholdning eller ikke opbevares korrekt, idet dette øger risikoen for, at patienten ikke får den ordinerede medicin eller ikke får det til rette tidspunkt.

Adskillelse af patienters medicin

Behandlingsstedet opbevarede på hver afdeling alle patienters kasser med laxantia (Movicol, Moxalole og Gangiden) i et fælles køkkenskab. I et eksempel manglede der navn på kassen. Medicinen var således ikke adskilt. Endvidere var dagens medicindoseringsposer og -æsker for afdelingens patienter lagt i en fælles lille kurv i samme køkkenskab, hvorfra personalet skulle udlevere medicinen.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis medicin ikke bliver opbevaret forsvarligt samt hvis medicin, der ikke er aktuel for patienten, opbevares sammen med den aktuelle medicin eller når flere patienters medicin opbevares samlet, idet dette i væsentlig grad øger risikoen for, at der gives forkert medicin til den enkelte patient.

Overskredet holdbarhedsdato og manglende anbrudsdato

I en stikprøve manglede anbrudsdato på øjendråber. I en anden var der noteret anbrudsdato på øjendråber, men denne var overskredet. Patienten havde dog ikke fået øjendråberne efter den overskredne dato.

I tre stikprøver var holdbarhedsdatoen på patienternes medicin overskredet. Det drejede sig om Movicol, der var udløbet december 2022, Klyx, der var udløbet juli 2022, og Gangiden, der var udløbet juni 2023. I en af stikprøverne lå 14 halve løse tabletter i en æske med blisterpakninger.

Det er styrelsens vurdering, at der kan være en risiko for, at patienter bliver behandlet med medicinske produkter, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, hvis det ikke sikres, at disse bliver bortskaffet. Behandling med medicinske produkter, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, rummer en risiko for utilstrækkelig behandling, da produktets virkning kan være ændret eller nedsat, eller virkningen kan være helt fraværende.

Det er videre styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis patienter bliver behandlet med medicinske produkter, hvor man ikke kan være sikker på holdbarheden, og dermed virkningen.

Instruks for medicinbehandling

Det er på baggrund af ovenstående fund styrelsens vurdering, at instruksen for medicin håndtering ikke var tilstrækkeligt implementeret.

Instrukser har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Der henvises til afsnittet om Instrukser for nærmere beskrivelse af kravene hertil.

Samlet vurdering af medicin håndteringen

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af Medicin", 2019, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicin håndtering sker på forsvarlig vis.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at fejl og mangler i medicin håndteringen generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

Sygeplejefaglige vurderinger

Styrelsen henviste til vejledning om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 5.2., om de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt oplyste at på behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes, revurderes og opdateres, når det er relevant.

Styrelsen konstaterede, at det var generelt for de gennemgåede journaler, at patienternes aktuelle problemer og risici ikke var fagligt vurderet, ligesom det ikke fremgik, hvordan patienternes problemstillinger kom til udtryk. Der var eksempelvis hos en patient med liggesår og tegn på tryk ikke en vurdering og beskrivelse af patientens tryk- eller sårplejeplan. Det kan hertil oplyses, at patienten var nyligt opereret, og der forelå ikke en vurdering af patientens operationsår før og efter fjernelse af a-graffer. Hos en anden patient

fremgik det ikke, hvor patientens smerter var lokaliseret eller om patienten var velbehandlet, selvom der inden for de seneste uger var foretaget justering i smertebehandlingen. Hos en tredje patient var der ikke en beskrivelse af udskillelse, trods det forhold, at patienten havde tendens til forstoppelse.

Styrelsen konstaterede desuden, at der var gennemgående mangler i opfølgning og evaluering på den iværksatte pleje og behandling.

Personalet kunne kun delvist redegøre for ovenstående, og styrelsen kan på den baggrund ikke lægge til grund, at behandlingsstedet systematisk har sikret de fornødne sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.

Det er styrelsens opfattelse, at både vurdering af disse forhold og dokumentation af forholdene er nødvendig af hensyn til den enkelte patients sikkerhed. Dette skyldes, at vurdering og dokumentation af forholdene udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten. Endvidere danner de grundlaget for hvilke pleje- og behandlingsindsatser, der skal iværksættes.

Det er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurdering af relevante sygeplejefaglige problemområder og dokumentation heraf også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, fordi der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem og dermed manglende relevant pleje og behandling af patienten eller forsinkelse heraf.

Styrelsen vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

Journalføring

Ved tilsynsbesøget den 22. august 2023 kunne styrelsen konstatere, at der på behandlingsstedet ikke blev ført journal i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) og vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring.

Systematisk og overskuelig journal

Styrelsen kunne under tilsynet konstatere, at oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser i to journalstikprøver var mangelfulde og ikke opdaterede.

For eksempel fremgik det ikke af oversigten i den ene af journalerne, at patienten for nyligt havde haft hoftebrud. Det fremgik heller ikke, at patienten havde liggesår, samt at patienten var immobil. Endvidere fremgik det ikke af oversigten, at patienten havde lav B12 vitamin og calcium.

I den anden journal fremgik patientens uro, forstoppelse og funktionsnedsættelse ikke.

Endvidere fremgik det ikke af de to udvalgte journaler, hvor patienterne havde fået placeret smertepaster. Ved interview af ledelse og medarbejdere fremgik det, at der ikke var en arbejdsgang for at dokumentere dette.

Det er styrelsens opfattelse, at journalen skal give et systematisk og fyldestgørende overblik over patientens tilstand, så også personale, der ikke normalt varetager den enkelte patients behandling og pleje, har mulighed for at varetage plejen forsvarligt, ligesom det er nødvendigt for at understøtte kommunikationen med samarbejdspartnere.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, da dette danner grundlaget for tilrettelæggelsen og udførelsen af den fortsatte sygeplejefaglige behandling og pleje.

Beskrivelse af aktuelle og potentielle problemer samt aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Styrelsen konstaterede, at der generelt manglede beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger samt opfølgning og evaluering herpå.

Ved tilsynet kunne behandlingsstedet delvist redegøre for, at der var foretaget vurderinger af de forhold, der manglede oplysninger om i journalen. De havde dog ikke journalført det, de kunne redegøre for.

Styrelsen henviser til tilsynsrapportens beskrivelse af de konkrete fund.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når overvejelser om og vurderinger af, hvilke aktuelle sygeplejefaglige problemer og risici, den enkelte patient har, ikke journalføres i tilstrækkeligt omfang, da sådanne oplysninger er nødvendige for at understøtte og sikre kontinuitet i den fortsatte pleje og behandling af den enkelte patient.

Implementering af instruks for journalføring

Styrelsen konstaterede, at der på Plejehjem Solbjerghaven var en instruks for journalføring, men vurderer på baggrund af ovennævnte fund, at denne ikke var tilstrækkeligt implementeret.

Det er styrelsens vurdering, at manglende implementering af instruks for journalføring rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet de har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling og forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Der henvises til afsnittet om Instrukser i forhold til de nærmere krav til instrukser.

Samlet vurdering vedr. journalføring

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

Fravalg af livsforlængende behandling, herunder implementering af instruks herom

Ved gennemgangen af instruksmappen forelå en ældre instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruksen skulle have været revideret. Der forelå ikke et eksemplar af Furesø Kommunes opdaterede og aktuelle instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Der blev ved tilsynet redegjort for, at denne var at finde elektronisk.

Ved tilsynet kunne det konstateres at medarbejderne ikke fulgte instruksen. I en af de gennemgåede journaler fremgik behandlingsniveau ikke. Ved gennemgang af korrespondancemeddelelser fremgik det, at egen læge havde taget stilling til minus genoplivning i marts 2023. Dette fremgik imidlertid ikke på forsidebilledet af journalen i den sundhedsfaglige dokumentation, hvilket efter det oplyste ellers var vanlig praksis for behandlingsstedet. Ledelsen oplyste, at de havde fravalgt, at ajourføre denne oplysning efter dialog med pårørende.

Det er styrelsens vurdering, at instruksen ikke var tilstrækkeligt implementeret, da oplysningen om, at egen læge havde taget stilling til minus genoplivning i marts 2023, ikke var anført på journalen.

Det er desuden styrelsens vurdering, at Plejehjem Solbjerghaven ikke har sikret tilstrækkelig efterlevelse af vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivning samt af deres egen instruks herfor, da instruksen ikke var fyldestgørende og heller ikke var tilstrækkeligt implementeret, idet personalet ikke havde anmodet om en fornyet lægelig vurdering efter patientens væsentligt forbedrede tilstand.

Det er derfor styrelsens vurdering, at dette udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden, da det derved ikke er sikret understøttet, at der bliver taget stilling til fravalg af genoplivningsforsøg og fravalg af livsforlængende behandling i tilstrækkeligt omfang.

Instrukser

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser og oplyste, at instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten. Instrukser sikrer således klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen for den sundhedsfaglige behandling mellem alle ansatte personalegrupper, og hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed

Instruk for opgave- og ansvarsfordeling

Det er styrelsens opfattelse, at der på et behandlingssted som Plejehjem Solbjerghaven skal være en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at instruksene manglede en beskrivelse af medarbejdernes ansvar og kompetencer. Ledelsen oplyste under tilsynet, at der var foretaget en individuel vurdering af alle medarbejdere i forhold til ansvar og kompetencer, men der forelå ikke tilgængelige beskrivelser heraf endnu.

Desuden blev det konstateret, at instrukserne ikke var tilgængelige for alle medarbejdere. Der forelå en fysisk mappe med instrukser på stedet.

Ledelsen redegjorde for, at ikke alle medarbejdere kunne anvende kommunens elektroniske instrukser, hvorfor instrukserne var at finde i papirform. Ledelsen redegjorde endvidere for, at instrukserne i instruksmappen blev ajourført, så snart der kom opdateringer eller nye instrukser, og at det var ledelsen, der havde ansvaret for dette.

Ved tilsynet konstaterede styrelsen, at der i instruksmappen var både lokale instrukser og arbejdsgangsbeskrivelser samt i nogle tilfælde kommunale instrukser. Flere af instrukserne i mappen var fra 2017/2018 og ikke opdateret siden. Det blev ved tilsynet oplyst, at flere af de kommunale instrukser var at finde i en opdateret version på intranettet, men de var ved tilsynet ikke at finde i mappen. Det var således uklart for medarbejderne, hvilken instruks der var gældende på behandlingsstedet.

Videre forelå der i instruksmappen generelle lokale funktionsbeskrivelser/jobprofiler for de forskellige faggrupper og for ufaglærte. Disse var af ældre dato, og der forelå ikke et opdateret eksemplar af Furesø Kommunes instruks for ansvars- og opgavefordeling. Der blev ved tilsynet redegjort for, at denne var at finde elektronisk.

Instruks for hygiejne

Ved gennemgangen af instruksmappen forelå en ældre hygiejneinstruks fra Furesø Kommune. Det blev oplyst, at hygiejneinstruksen var opdateret på intranettet, men instruksen var

ikke printet og lå ikke tilgængelig i instruksmappen for alle medarbejdere.

Samlet vurdering vedr. instrukser

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af instrukser for henholdsvis kompetencer, ansvars- og opgavefordeling samt hygiejne rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Samlet vurdering

Styrelsen vurderer, at de ovenfor anførte mangler inden for medicinhåndtering, sygeplejefaglige vurderinger og journalføring samt de utilstrækkelige instrukser for journalføring, opgave- og ansvarsfordeling, hygiejne og fravalg af livsforlængende behandling samlet set udgør kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.