



# Tilsynsrapport Nybrogård

Reaktivt tilsyn, 2018

**Nybrogård  
Nybrovej 321B**

**2800 Kongens Lyngby**

CVR- eller P-nummer: 1003258988

Dato for tilsynet: 14-08-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-991/3

# 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 14. august 2018 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

## Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at de fleste målepunkter var opfyldt, og at praksis var præget af systematik og gode procedurer.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at bostedet Nybrogård havde arbejdet målrettet for at imødekomme styrelsens påbud om at sikre korrekt medicin håndtering og sundhedsfaglig dokumentation. Ved interview fremlagde ledelsen, hvorledes der efter tilsynet den 1. juni 2017 var blevet iværksat et arbejde med at rette op på patientsikkerheden i relation til journalføring og medicin håndtering, og alle bostedets patienter var systematisk blevet gennemgået i forhold til målepunkterne for bosteder.

Bostedet havde fået nyt dokumentationssystem, Nexus, den 21. juli 2018 og var kommet på Fælles medicinkort (FMK). Man havde desuden ændret organiseringen, og personalet var nu delt op i faggrupper, således at man udnyttede medarbejdernes kompetencer bedre. Alle havde arbejdet målrettet siden sidste tilsynsbesøg for at højne dokumentationen og mindske fejl ved medicin håndtering.

Det er styrelsens vurdering, at indsatsen havde haft god effekt, da de fleste målepunkter var opfyldt ved det reaktive tilsyn. Der var et enkelt fund vedrørende medicin håndteringen i form af manglende overensstemmelse mellem medicinliste og antal tabletter i doseringsæsken, hvilket skyldtes at apoteket ikke kunne levere den ordinerede styrke på en medicinsk tablet. I dokumentationen var der ligeledes enkelte tilfælde, hvor der delvist manglede oversigt over patientens sygdomme og beskrivelse af fokusområder, ligesom der i en enkelt stikprøve manglede et aktuelt samtykke og der var ikke oplysninger om patientens handleevne til at give samtykke til behandling.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer således, at de uopfyldte målepunkter under medicinhåndtering og dokumentation var af mindre betydning for patientsikkerheden.

## Begrundelse for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 1. juni 2017 et varslet risikobaseret tilsyn på bostedet Nybrogård, hvor styrelsen blev opmærksom på flere kritisable forhold vedrørende medicinhåndtering, indhentelse af informeret samtykke samt dokumentation af den sundhedsfaglige behandling.

Den 4. maj 2018 gav Styrelsen for Patientsikkerhed et påbud til bostedet Nybrogård om at sikre forsvarlig medicinhåndtering, tilstrækkelig journalføring, samt indhentelse af informeret samtykke.

Den 14. august 2018 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende reaktivt tilsyn med vurdering af målepunkter inden for patientforløb og journalføring samt medicinhåndtering med henblik på at konstatere, om påbuddet var efterlevet.

## Baggrund

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende kilder:

Gennemført reaktivt tilsyn den 14. august 2018.

Tilsynsrapport fra det risikobaserede tilsyn den 1. juni 2017.

Påbud udstedt af Styrelsen for Patientsikkerhed af 4. maj 2018, om at behandlingsstedet skal sikre forsvarlig medicinhåndtering, tilstrækkelig journalføring, samt indhentelse af informeret samtykke.

Alle målepunkter der anvendes ved tilsyn på bosteder er anvendt ved gennemgang af tre patientjournaler.

## Sammenfatning af fund fra det reaktive tilsyn

På baggrund af observationer, interview og gennemgang af journaler for tre patienter, skal Styrelsen fremhæve følgende fem uopfyldte målepunkter:

- I en stikprøve var der ikke en fyldestgørende oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.
- I en stikprøve manglede enkelte beskrivelser af fokusområder for pleje og behandling.
- I en stikprøve manglede dokumenteret samtykke til aktuel pleje og behandling.
- I en stikprøve var der ikke overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinlisten og i doseringsæsken.
- I en stikprøve var der ikke dokumenteret patientens handleevne.

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

## Henstillinger

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

- at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (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 helbredsmæssige 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 der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne /doseringsposerne (målepunkt 19)
- 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 delvis af pårørende/ væрге (målepunkt 34)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstilling.

## 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			
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I en af tre stikprøver manglede enkelte sygdomme i beskrivelsen af oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.
5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		I en af tre stikprøver manglede der i enkelte fokusområder en aktuel beskrivelse af pleje og behandling af patientens problemstilling.
6:	<u>Informeret samtykke</u>		X		I en af tre stikprøver manglede et enkelt informeret samtykke til pleje og behandling.
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
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>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		I en af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem antal tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne for et enkelt præparat, hvilket skyldtes at apoteket ikke kunne levere den ordinerede styrke.
20:	<u>Den ordinerede medicin findes 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, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	X			
29b:	<u>Personalets kompetence, ansvars 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			
34:	<u>Samtykkekompetence/ handleevne</u>		X		I en af tre stikprøver manglede en beskrivelse af patientens samtykkekompetence/ handleevne.
35:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X			



## 2. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

Bostedet Nybrogård er et døgndækket botilbud efter Servicelovens § 105 og § 108 med plads til 30 beboere med psykosociale handicap. Der bor 24 beboere i egne lejligheder. Alle beboere er over 18 år. Man har fire midlertidige pladser samt en akutplads, som i dagtiden betjenes af en sygeplejerske, og aften / nat af Nybrogårds faste personale.

Bente Høhrmann er leder af bostedet, og har været det i 18 år. Charlotte Kaas er daglig leder. Der er ansat ca. 30 faste medarbejdere på Nybrogård samt enkelte vikarer. De faste medarbejdere er primært socialpædagoger og social-og sundhedsassistenter. Vikarkorpset beskrives som et korps af faste vikarer. Stedet bærer præg af høj faglighed og engagement.

Beboerne har deres egen praktiserende læge ved somatiske problemstillinger.

Nybrogård har en fast psykiatrisk overlæge tilknyttet, som møder på Nybrogård hvert 14. dag. Herudover kan bostedet tilkalde en psykiatrisk sygeplejerske, hvis der er behov for tilsyn inden. Bostedet har mulighed for telefonisk sparring i dagtiden med den faste psykiater. Psykiateren var til stede under hele besøget.

Gladsaxe kommune har en projektsygeplejerske, som kommer på bostedet, og som har hjulpet bostedet med medicin håndtering samt opdatering af instrukser.

### Om tilsynet

- Tilsynet er et reaktivt/opfølgende tilsyn på baggrund af, at Styrelsen for Patientsikkerhed efter tilsyn den 1. juni 2018 gav Bosted Nybrogård et påbud af 4. maj 2018 om at sikre tilstrækkelig journalføring, forsvarlig medicin håndtering samt informeret samtykke.
- Der blev gennemgået journalmateriale på 3 komplekse beboere, som var medicineret med antipsykotisk og somatisk medicin.

#### Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Bente Høhrmann, leder
- Charlotte Kaas, daglig leder

#### Tilsynet blev foretaget af:

- Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske
- Karsten Thien, afdelingslæge

## 3. 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.

Ud over 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