



# Tilsynsrapport Ristolahaven Damgårdshus

Reaktivt tilsyn, 2019

**Ristolahaven Damgårdshus**  
**Bækkeskov Stræde 26B**

**4733 Tappernøje**

CVR- eller P-nummer: 1006400103

Dato for tilsynsbesøget: 10. oktober 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-6014/1

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Styrelsen har ved afgørelse af 22. november 2019 ophævet påbuddet af 8. august 2019. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 10. oktober 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn den 10. oktober 2019.

På baggrund af dette fremstod bostedet, som sundhedsfagligt velorganiseret med en høj grad af systematik. Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der var arbejdet konstruktivt med implementering af instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, journalføring, medicinhåndtering, patienters behov for behandling, samarbejde med behandlingsansvarlige læger samt hygiejne. Der var ligeledes arbejdet konstruktivt med at sikre en forsvarlig medicinhåndtering og opdatering af journalerne. Endvidere var der gjort en stor indsats for, at der også fremadrettet blev opretholdt en god praksis i relation til såvel journalføring og medicinhåndtering.

Det var tydeligt, at der i forhold til det reaktive tilsyn foretaget den 23. maj 2019 var sket markante ændringer og foretaget tiltag, der skulle sikre opfyldelsen af gældende regelsæt. Den indsats, som bostedets ledelse og medarbejdere havde iværksat, bekræftede implementering af en række forbedringer, der blev fremlagt under interview med medarbejdere og ledelsen.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der var sket en tydelig forbedring af patientsikkerheden. De store mangler, der udløste påbuddet, var udbedret.

## Sammenfatning af fund

Styrelsen har efter tilsynet den 23. maj 2019 afholdt møde med Marjattafonden og behandlingsstedernes ledelser. Ved mødet den 2. juli 2019 var der drøftelser af tiltag med henblik på opfyldelse af de

patientsikkerhedsmæssige forhold på behandlingsstederne. På baggrund af mødet var der iværksat nyt tiltag for at sikre patientsikkerheden.

På baggrund af observationer, interview og gennemgang af tre journaler og tre medicinbeholdninger var det tydeligt, at der var arbejdet konstruktivt med påbuddets krav. Der var et uopfyldt målepunkt i forhold til instruks for personalet kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Dette var dog af mindre betydning for patientsikkerheden.

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

## Henstillinger

Fund ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 1)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 8. august 2019 et påbud til Ristolahaven Damgårdshus med følgende indhold:

- 1) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder sikre implementering af instruks for journalføring, inden den 22. august 2019.
- 2) at sikre systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå i forhold i forhold til alle patienter, der aktuelt er i behandling, og eventuelt nyvisiterede patienter fra dags dato.
- 3) at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruks for medicinhåndtering, fra dags dato.
- 4) at sikre indhentelse af informeret samtykke fra dags dato.
- 5) at sikre udarbejdelse og implementering af fyldestgørende instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, patienters behov for behandling, samarbejde med behandlingsansvarlige læger samt hygiejne inden den 5. september 2019.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på:

- Instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, journalføring, medicinhåndtering, patienters behov for behandling, samarbejde med behandlingsansvarlige læger samt hygiejne.
- Formelle krav til journalføring
- Om der er tilstrækkelig journalføring herunder indhentelse af informeret samtykke
- Vurdering og dokumentation af aktuelle og potentielle sygeplejefaglige problemstillinger
- Dokumentation af sygdomme, funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge
- Dokumentation vedrørende ordineret medicin, medicinliste og -dispensering
- Observation af medicinhåndtering og medicinopbevaring

### 3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Ved tilsynet den 10. oktober 2019 blev der taget afsæt i målepunktssæt for Bosteder 2019

#### Fund fra tilsynsbesøg d. 10. oktober 2019

##### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u>		X		Der var udarbejdet en overordnet instruks for kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling. Denne var dog ikke uddybet i forhold til sundhedsfaglige opgaver samt alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, studerende og hjemmesygeplejens opgaver og ansvarsområde.  Kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling vedrørende medicinhåndtering var beskrevet i instruks for medicinhåndtering.
2: <u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>	X			
3 <u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>	X			

##### Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4: <u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>	X			
5: <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige</u>	X			

	<u>dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>				
6:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	X			
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	X			

## Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>	X			
10	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>	X			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			
12:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>	X			
13:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for</u>	X			

	<u>brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>				
--	---	--	--	--	--

## Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14:	X			
	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>			

## Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	X			
	<u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u>			

## Diverse

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16:			X	
	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>			

## Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
17:	X	
	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Damgårdshus var et Voksen Botilbud efter servicelovens § 108. Der var driftsoverenskomst med Region Sjælland.
- Damgårdshus var en del af Ristolahaven, som blev ledet af forstander John Bay Sørensen.
- Forstander deltog i tilsynet. Den daglige ledelse af Damgårdshus blev varetaget af Thor Rafnsson, som ligeledes deltog i tilsynet.
- Ristolahaven var navnet på Marjattas voksencenter i Bækkeskov. Husene i Ristolahaven hed Skovhuset, Bøgehuset, Kvisten, Knasten, Blomsterhuset, Damgårdshus, Fjordhuset og Pilehuset.
- Der boede 7 patienter i alderen 20 til 65 år på Damgårdshus. Alle patienter var udviklingshæmmet og der var ligeledes psykiatriske overbygninger, autisme, epilepsi, demens og diabetes hos flere af patienterne.
- Alle patienterne blev demens-screenet hver 3 måned.
- Der var 9 pædagogiske ansatte på Damgårdshus. Der var ligeledes tilknyttede faste vikarer.
- Alt personale journalførte efter ny instruks om sundhedsfaglig dokumentation, og alle havde fået undervisning i dette.
- Alt personale skulle på region Sjællands medicin håndteringskursus og kunne derefter varetage administration af medicin. Der var tre medicinansvarlige der stod for dispensering, den daglige leder var heriblandt.
- Fremmødeprofilen på Damgårdshus var 2 medarbejdere i dagvagt, 2 medarbejdere i aftenvagt og 1 sovende nattevagt.
- Damgårdshus benyttede journalsystemet Sensum, Bosted. Konsulent fra Marjatta havde udviklet systemet således, at bostedet kunne lave en korrekt sundhedsfaglig journal.
- Der var et samarbejde med et lægehus i Faxe, hvor man forsøgte at få alle patienterne fra Damgårdshus tilknyttet. Der var ligeledes et godt samarbejde med Oligofreni-teamet fra Korsør.
- Der kom flere specialister og underviste personalet i blandt andet demens, diabetes og epilepsi.
- Ledelsen havde siden tilsynet den 23.maj 2019 fået intern konsulentbistand til at udarbejde og implementere sundhedsfaglige instrukser samt sikre den sundhedsfaglig viden og dokumentationspraksis

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg. Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

Tilsynsbesøg med gennemgang af

- Instrukser
- Dokumentation og medicinbeholdning for tre patienter
- Interview med ledelse og medarbejder

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til ledelsen samt personale



Tilsynsbesøget blev foretaget af: Birgitte Nielsen, oversygeplejerske og Sarah Leth Madsen, oversygeplejerske

# 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 har styrelsen som hidtil et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol, som kan gennemføres enten i form af tilsynsbesøg eller ved indhentning af materiale og skriftlig korrespondance, 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, klagesager, medieomtale eller som opfølgning på et tidligere tilsyn, hvor der er givet påbud.

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.

## Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsyn 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.

---

<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 og § 213 c

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

## Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>4</sup>.

## Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg 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 reaktivt 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>5</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>6</sup>.

## Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. 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, 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.

---

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3

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>7</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>8</sup>.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer 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>9</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>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

<sup>8</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1