



Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus
Ingemannsvej 18
4200 Slagelse

Afgørelse om påbud til Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus

Styrelsen for Patientsikkerhed har nu truffet endelig afgørelse i sagen med sagsnr. 5-9011-3057/1.

Styrelsen har den 5. marts 2019 partshørt Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus over et afgørelsesudkast om påbud efter sundhedsloven § 215 b, stk. 1.

Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus har den 26. marts 2019 afgivet høringsvar, som er inddraget i afgørelsen.

Afgørelsen og den endelige tilsynsrapport er vedlagt. Som bilag til afgørelsen er også vedlagt det endelige resumé til offentliggørelse. Det er dette resumé, Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus har pligt til at offentliggøre.

Med venlig hilsen

Maria Lange Pedersen
Fuldmægtig, cand.jur.

16. maj 2019

Sagsnr. 5-9011-3057/1/

Reference mjlp

T +4572286600

E sjur@stps.dk

Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus
Ingemannsvej 18
4200 Slagelse

AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 20. november 2018 et påbud til Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus om:

16. maj 2019

1) at sikre, at der på Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus foretages systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå fra dags dato.

Sagsnr. 5-9011-3057/1/

Reference mjlp

T +4572286600

E sjur@stps.dk

2) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom fra dags dato.

3) at sikre tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse af patienter ved udskrivelse fra dags dato.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed har indhentet fem journaler, som indeholder sygeplejenotater, epikriser og udskrivningsnotater og på baggrund heraf har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Begrundelse

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 20. november 2018 et varslet planlagt tilsyn med Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus, som var udvalgt ved en tilfældig stikprøve.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten, herunder journaldokumentation for tre patienter. Styrelsen har endvidere inddraget behandlingsstedets partshøringsvar af 26. marts 2019.

Ved tilsynet blev styrelsen opmærksom på, at der ikke blev foretaget systematiske sygeplejefaglige vurderinger, at journalføringen var mangelfuld, og at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse af patienter ved udskrivelse.

For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

I tilsynsrapporten har Styrelsen for Patientsikkerhed opstillet minimumskrav med hensyn til målepunkter, som efter styrelsens opfattelse skal efterleves på et sted som Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus for at understøtte, at behandling og pleje sker med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed. I rapporten

er de relevante vejledninger m.v. angivet i tilknytning til de enkelte målepunkter i rapportens bilag.

Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus har den 26. marts 2019 afgivet høringssvar, som ikke har givet anledning til en ændring af styrelsens vurdering af forholdene. Styrelsen har nedenfor forholdt sig nærmere til høringssvaret i det omfang, det er vurderet relevant.

Karkirurgisk afdeling bemærker overodnet i høringssvaret, at der er afdelingsledelsens opfattelse, at afsnittets medarbejdere foretager sygeplejefaglig vurderinger af de 12 fokusområder, men at der i forbindelse med dokumentation ikke er sikret ensartet arbejdsgange i forhold til systematisk dokumentation. Der oplyses i den forbindelse om, at der siden styrelsens tilsynsbesøg har været en øget bevågenhed i afsnittet på sikker anvendelse af værktøjer i Sundhedsplatformen med henblik på systematisk dokumentation og sikring af, at de gældende retningslinjer på området følges.

Herudover bestod høringssvaret af en handleplan for, hvordan behandlingsstedet fremadrettet vil sikre, at der foretages sygeplejefaglige vurderinger og tilstrækkelig journalføring, samt hvordan der fremadrettet sikres fyldestgørende epikriser. Karkirurgisk Afdeling har blandt andet oplyst, at der er igangsat systematisk undervisning/orientering om sygeplejefaglig dokumentation med afsæt i Pixi-bog ved sidemandsoplæring, ligesom der er igangsat audit hver 14. dag på 10 journaler med henblik på generel opfyldelse af den sygeplejefaglige dokumentation. På samme måde er der igangsat systematisk undervisning/orientering om, hvad en epikrise bør indeholde, og der er i den forbindelse udviklet 'smartfrases' og 'smarttexts' til brug for generering af epikriser. Herudover er der igangsat audit en gang om måneden på fem journaler med henblik på sikring af fyldestgørende epikriser.

Høringssvaret bestod desuden af en pixibog for sygeplejefaglig dokumentation og fem patientjournaler.

Det er på baggrund af en gennemgang af de indsendte journaler, styrelsens opfattelse, at der overordnet er sket en forbedring af indholdet i epikriserne, men det er styrelsens samlede vurdering, at epikriserne fortsat er mangelfulde, eksempelvis anvendes for mange forkortelser, og der mangler oplysninger om, hvilken information patienterne har modtaget.

Journalerne indeholder ikke oplysninger fra den indledende sygeplejefaglige vurdering, ligesom der ikke foreligger notater for de sygeplejefaglige vurderinger i forbindelse med udskrivelse, hvorfor styrelsen har ikke kunne vurdere dette forhold i de fem fremsendte journaler.



Styrelsen anerkender, at Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus, har iværksat tiltag, som skal bringe de konstaterede forhold i orden.

Det er dog styrelsens vurdering, at tiltagene og handleplanen ikke alene på baggrund af det fremsendte kan anses for tilstrækkeligt implementeret og har haft den nødvendige virkning i praksis.

Sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå

Ved tilsynsbesøget den 20. november 2018 kunne styrelsen konstatere, at der på Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus ikke blev foretaget systematiske vurderinger af de 12 sygeplejefaglige problemområder.

Det følger af vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013, pkt. 6.2.2, at der som led i den sygefaglige pleje og behandling, som minimum skal være taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for 12 oplistede sygeplejefaglige problemområder. Det fremgår, at denne stillingtagen skal journalføres. De 12 sygeplejefaglige områder er:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendensernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomme og hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at den sygeplejefaglige dokumentation var mangelfuld i tre ud af tre journaler, idet ikke alle 12 problemområder vedrørende patienternes pleje og behandling var dokumenteret.

Styrelsen kunne desuden konstatere, at det i tre ud af tre journaler ikke var muligt at finde dokumentation for en sygeplejefaglig vurdering af patienterne forud for udskrivelse. Det var således ikke muligt at se, om der var taget stilling

til, om der var forhold i patienternes pleje og/eller behandling, der skulle videreformidles til primærsektoren med henblik på varetagelse der.

I forbindelse med interview af plejepersonalet på Karkirurgisk Afdeling blev det oplyst, at patienternes aktuelle og potentielle problemer ikke blev gennemgået systematisk i forbindelse med indlæggelsen.

Styrelsen har på den baggrund lagt til grund, at den manglende angivelse af stillingtagen til de 12 sygeplejefaglige problemområder i journalerne ikke kan henføres til manglende journalføring, men skal tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Styrelsen har på baggrund af de gennemgående grundlæggende mangler i den sygeplejefaglige dokumentation lagt til grund, at afdelingsledelsen ikke på tilstrækkelig vis har sikret, at der bliver udført den fornødne vurdering og journalføring af den sygeplejefaglige pleje.

Det er styrelsens opfattelse, at stillingtagen til de ovennævnte 12 punkter er nødvendig af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser, der iværksættes.

Der er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurderinger også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da 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 deraf afledt forsinkelse i eller manglende relevant pleje og behandlingen af patienten.

Det er på den baggrund styrelsens vurdering, at de konstaterede mangler i forhold til vurderingen af de sygeplejefaglige problemområder hos patienterne, udgør en ikke ubetydelig fare for patientsikkerheden.

Journalføring

Ved tilsynsbesøget 20. november 2018 kunne styrelsen konstatere, at der på Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus ikke blev udført journalføring i overensstemmelse med de gældende regler herom.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) § 3, at der for hver patient oprettes én patientjournal på hvert enkelt sygehus, klinik, praksis, kommunalt sundhedscenter, plejehjem, bosted m.v., jf. dog stk. 2 og 4.

Det fremgår videre af § 10, stk. 2, nr. 2, i journalføringsbekendtgørelsen, hvilke oplysninger en patientjournal skal indeholde i forhold til de enkelte patientkontakter.

Patientjournalen skal således ved hver enkelt patientkontakt i relevant omfang indeholde følgende:

- a) Oplysning om årsag til henvendelsen, beskrivelse af patientens sygehistorie, nuværende tilstand samt oplysninger om aktuell behandling og status ved indlæggelse og udskrivning.
- b) Observationer og undersøgelser samt resultatet heraf.
- c) Rekvirerede undersøgelser og prøver samt resultatet heraf, herunder beskrivelser m.v. vedrørende biologiske præparater m.v., der danner grundlag for behandlingen, samt eventuelle røntgen- og laboratorieundersøgelser, som må antages at være af betydning for diagnose, behandling og prognose.
- d) Diagnose eller sundhedsfagligt skøn om sygdommens art.
- e) Indikation for undersøgelsen/behandlingen, og udførlig begrundelse, hvis Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger eller behandlingsstedets interne instrukser fraviges.
- f) Planlagt og udført behandling, og hvilke materialer og lægemidler, der er anvendt.
- g) Sundhedsfaglig pleje.
- h) Indtrådte komplikationer og bivirkninger m.v., herunder fejl og forsømmelser i forbindelse med behandling m.v.
- i) Ordination af lægemidler (navn, styrke, mængde, dosering og administrationsmåde, hyppighed eller de intervaller, hvormed de skal gives, eventuelle tidspunkter og behandlingsvarighed, og hvornår behandlingen skal seponeres/ophøre), herunder oplysning om navnet på den ordinerende læge, tandlæge eller jordemoder, og hvordan ordinationen er foretaget, samt eventuelt batchnummer, jf. dog stk. 4 om særskilte regler for så vidt angår navn og batchnummer for visse biologiske lægemidler.
- j) Henvisning til sygehus, klinik m.v. og viderehenvisning eller tilbagevisning samt i øvrigt tilkald af anden autoriseret sundhedsperson, samt årsagen, herunder undersøgelsesresultater, diagnoser og ordinerede og udførte behandlinger.
- k) Rådgivning indhentet fra en anden autoriseret sundhedsperson, herunder dennes navn og titel, i forbindelse med behandling af patienten.
- l) Overflyttelser til behandling, herunder oplysninger om, hvorfor patienten er blevet overflyttet, og patientens status ved overflytningen.
- m) Indhold af udskrivningsbreve (epikriser), herunder hvem de er sendt til og hvornår.
- n) Aftaler om og resultatet af kontrol og opfølgning.
- o) Konkret undervisning eller rådgivning af patienten, herunder telefonisk rådgivning.
- p) Video- og lydoptagelser m.v. foretaget som led i behandling, indtil nødvendige oplysninger herfra er journalført.

Derudover fremgår det af journalføringsbekendtgørelsens § 5, at pligten til at føre journal påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, der som led i sin virksomhed foretager behandling af en patient.

Ved tilsynsbesøget den 20. november 2018 kunne styrelsen konstatere, at der i en ud af tre journaler ikke var dokumenteret vitale værdier og EWS-score igennem et helt døgn i det postoperative forløb.

Det er styrelsens vurdering, at fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten, og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Styrelsen har lagt vægt på, at der er tale om væsentlige oplysninger, der ikke blev journalført.

Udarbejdelse af tilstrækkelige epikriser ved patienters udskrivelse til egen læge

Ved tilsynsbesøget kunne styrelsen konstatere, at der på Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus ikke blev udarbejdet tilstrækkelige epikriser ved patienternes udskrivelse.

Det fremgår af vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv., at epikrisen bør skrives i alment lægefagligt forståeligt sprog og må ikke indeholde specialespecifikke forkortelser, som modtageren af epikrisen ikke med rimelighed kan forventes at have kendskab til.

Epikrisen bør indeholde oplysninger om:

1. Årsag til indlæggelsen eller til det ambulante forløb, henvisningsdiagnoser.
2. Udskrivende sygehusafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse.
3. Kort resumé af forløbet. Herunder diagnoser, væsentlig behandling og udførte undersøgelser, evt. prognose samt væsentlige overvejelser og fund. Desuden bør epikrisen indeholde vigtige parakliniske undersøgelsesresultater (billeddiagnostik, laboratoriesvar, patologisvar).
4. Medicinstatus. Hvis der er sket ændringer i patientens medicinering under indlæggelsen, skal det af epikrisen altid fremgå: lægemidlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed samt evt. administrationsvej. Behandlingens varighed, begrundelse for ændringen i medicinen herunder seponering af medicin, bør desuden fremgå.
5. Ikke afsluttede undersøgelser. Væsentlige undersøgelsesresultater, som ikke foreligger ved udskrivelsen eftersendes, hvilket skal fremgå af epikrisen.

Det kan desuden være relevant i visse situationer, at epikrisen indeholder oplysninger om:

- En behandlingsplan med oplysninger om efterbehandling og efterkontrol herunder behov for videre udredning efter udskrivelsen. Det bør derudover fremgå, hvor og hvordan en eventuel opfølgning skal finde sted, hvem som skal foretage denne og hvornår denne skal foregå.
- Hvilken information der er givet til patienten
- En evt. genoptræningsplan for patienten.
- Hvis en patient efter udskrivelsen bør sygemeldes, skal dette fremgå samt hvor længe fraværperioden forventes at vare.
- Eventuelle iværksatte socialmedicinske foranstaltninger, herunder kontakt til hjemmepleje eller socialforvaltning

Herudover fremgår det af vejledningen, at hvis der er sket ændringer i patientens medicinering under indlæggelsen eller ved ambulans behandling, skal der udarbejdes en medicinliste over patientens aktuelle medicin ved udskrivelsen eller afslutningen. Patienten bør i dette tilfælde medgives en kopi af medicinlisten med angivelse af lægemidlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis og doseringshyppighed og evt. administrationsmåde.

Den aktuelle medicinliste skal desuden fremgå af epikrisen.

Det er herudover styrelsens vurdering, at kravet om omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationsloven § 17, indebærer, at der skal videregives nødvendige helbredsoplysninger til brug for den videre behandling til andet relevant sundhedspersonale end praktiserende læger, f.eks. en hjemmesygepleje, hvis dette vurderes nødvendigt.

Ved tilsynet kunne styrelsens konstatere, at epikriserne generelt var mangelfulde på Karkirurgisk Afdeling. I alle tre journaler var der udelukkende udfyldt oplysninger om suturfjernelse og oplyst aktuelle medicinliste.

I en stikprøve manglede der oplysninger om indgreb og diagnoser, og der var ikke en samlet beskrivelse af, om forløbet havde været ukompliceret eller ej, og der var ikke angivet eventuelle medicinændringer.

I en stikprøve var patienten udskrevet med nekrotiske sår på tæer, trods revaskulariseringsoperation. I forbindelse med de daglige stuegange, havde patienten givet udtryk for, at patienten ikke ønskede at få amputeret sine tæer, hvorfor man ville afvente spontanforløbet af revaskulariseringen. Disse overvejelser fremgik ikke af epikrisen.



I en anden stikprøve blev stuegangsnotatet på det 4. postoperative døgn anvendt som udskrivningsresume, men fremgik ikke af epikrisen. Det var udelukkende oplyst i epikrisen, hvornår agrafter skulle fjernes samt en aktuell medicinliste.

I den tredje stikprøve fremgik udelukkende den aktuelle medicinliste og oplysninger om, at patienten skulle have fjernet suturer på 14. dagen postoperativt til egen læge.

Under tilsynet anmodede styrelsen om at se en nyligt udskrevet patients epikrise, hvilket viste fuldstændigt det samme billede som ovenstående stikprøver.

Ledelsen oplyste i forbindelse hermed, at patienterne oftest var henvist fra deres egen læge, hvorfor egen læge var orienteret om tilstanden forud for operationen. Ledelsen var dog enig i, at epikriserne var yderst kortfattede og anførte, at man fremover ville udfylde epikriserne i overensstemmelse med vejledningen herom.

Det er styrelsens vurdering, at fyldestgørende overdragelse, herunder epikriser er nødvendig af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da overdragelsen rummer information om patienten, som udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for den videre pleje og behandling, der (skal) iværksættes.

Da overdragelsen er et vigtigt arbejds- og kommunikationsredskab for henholdsvis den praktiserende læge og andet relevant sundhedspersonale, f.eks. hjemme-sygeplejen, i forhold til at sikre patienten den nødvendige sundhedsfaglige behandling efter udskrivelsen, er det styrelsens vurdering, at den mangelfulde overdragelse ved udskrivelse udgør en risiko for patientsikkerheden.

Konklusion

Styrelsen vurderer, som ovenfor anført, at manglende sygeplejefaglige vurderinger, utilstrækkelig journalføring og manglende tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse ved udskrivelse samlet udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus at sikre, at der foretages systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå fra dags dato.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder videre Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom fra dags dato.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder desuden Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus at sikre tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse af patienter ved udskrivelse fra dags dato.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. sundhedsloven § 272, stk. 1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed har indhentet fem journaler, som indeholder sygeplejenotater, epikriser og udskrivningsnotater og på baggrund heraf har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Offentliggørelse

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre alle afgørelser efter sundhedslovens § 215 b. Det følger af sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. På styrelsens hjemmeside og på www.sundhed.dk offentliggøres derfor et resumé af det endelige påbud.

Vi gør opmærksom på, at det enkelte behandlingssted også skal offentliggøre resuméet af påbuddet og tilsynsrapporten på behandlingsstedets egen hjemmeside samt gøre påbud og tilsynsrapport umiddelbart tilgængelige på selve behandlingsstedet. Det følger af § 2 i bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016 om offentliggørelse af påbud givet som led i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sygehuse, klinikker og andre behandlingssteder og § 24 i bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder mv.

Klagevejledning

Man kan ikke klage over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til nogen anden administrativ myndighed, jf. sundhedsloven § 215 b, stk. 2.

Med venlig hilsen

Maria Lange Pedersen
Fuldmægtig, cand.jur.

Hanne Borch-Christensen
Overlæge

Lovgrundlag

Lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018 om sundhedsloven

§ 213. Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

§ 213 b. Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter tilsynsbesøg udført efter § 213, stk. 1 og 2, og en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynet efter § 213, stk. 2.

§ 215 b. Hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted omfattet af tilsyn efter § 213, stk. 1 eller 2, kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør afgørelser truffet efter stk. 1.



§ 272. Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 202 a, stk. 1-4, § 202 b, stk.1, eller § 213 a, stk. 1, 2 pkt., § 213 c, stk. 1, eller § 215 b, stk. 1, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af § 220, stk. 2, 3 og 7.

Resumé til offentliggørelse

Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 16. maj 2019 givet påbud til Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus, om at sikre systematiske sygeplejefaglige vurderinger, tilstrækkelig journalføring og tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse af patienter ved udskrivelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus:

- 1) at sikre, at der på Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus foretages systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå fra den 16. maj 2019.
- 2) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom fra den 16. maj 2019.
- 3) at sikre tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse af patienter ved udskrivelse fra den 16. maj 2019.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed har indhentet fem journaler, som indeholder sygeplejenotater, epikriser og udskrivningsnotater og på baggrund heraf har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Begrundelse for påbuddet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 20. november 2018 et varslet planlagt tilsyn med Karkirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus, som var udvalgt ved en tilfældig stikprøve.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten, herunder journaldokumentation for tre patienter.

Ved tilsynet blev styrelsen opmærksom på, at der ikke blev foretaget systematiske sygeplejefaglige vurderinger, at journalføringen var mangelfuld, og at der ikke blev foretaget en tilstrækkelig og forsvarlig overdragelse af patienter ved udskrivelse.

I forhold til de sygeplejefaglige vurderinger konstaterede styrelsen, at den sygeplejefaglige dokumentation var mangelfuld i tre ud af tre journaler, idet ikke alle 12 problemområder vedrørende patienternes pleje og behandling var dokumenteret. I tre ud af tre journaler var det ikke muligt at finde dokumentation for en sygeplejefaglig vurdering af patienterne forud for udskrivelse. Det var således ikke muligt at se, om der var taget stilling til, om der var forhold i patienternes pleje og/eller behandling, der skulle videreformidles til primærsektoren med henblik på varetagelse der.

I forbindelse med interview af plejepersonalet på Karkirurgisk Afdeling blev det oplyst, at patienternes aktuelle og potentielle problemer ikke blev gennemgået systematisk i forbindelse med indlæggelsen.



Styrelsen har på den baggrund lagt til grund, at den manglende angivelse af stillingtagen til de 12 sygeplejefaglige problemområder i journalerne ikke kan henføres til manglende journalføring, men skal tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Styrelsen har på baggrund af de gennemgående grundlæggende mangler i den sygeplejefaglige dokumentation lagt til grund, at afdelingsledelsen ikke på tilstrækkelig vis har sikret, at der bliver udført den fornødne vurdering og journalføring af den sygeplejefaglige pleje.

Det er styrelsens opfattelse, at stillingtagen til de ovennævnte 12 punkter er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser, der iværksættes.

Der er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurderinger også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da 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 deraf afledt forsinkelse i eller manglende relevant pleje og behandlingen af patienten.

I forhold til journalføring konstaterede styrelsen, at der i en ud af tre journaler ikke var dokumenteret vitale værdier og EWS-score igennem et helt døgn i det postoperative forløb.

Styrelsen har lagt vægt på, at der er tale om væsentlige oplysninger, som ikke blev journalført.

I forhold til overdragelse af epikriser konstaterede styrelsen, at epikriserne generelt var mangelfulde på Karkirurgisk Afdeling. I en stikprøve manglede der oplysninger om indgreb og diagnoser, og der var ikke en samlet beskrivelse af, om forløbet havde været ukompliceret eller ej, og der var ikke angivet eventuelle medicinændringer. I en stikprøve var patienten udskrevet med nekrotiske sår på tæer, trods revaskulariseringsoperation. I forbindelse med de daglige stuegange, havde patienten givet udtryk for, at patienten ikke ønskede at få amputeret sine tæer, hvorfor man ville afvente spontanforløbet af revaskulariseringen. Disse overvejelser fremgik ikke af epikrisen.

I en anden stikprøve blev stuegangsnotatet på det 4. postoperative døgn anvendt som udskrivningsresume, men fremgik ikke af epikrisen. Det var udelukkende oplyst i epikrisen, hvornår aggraver skulle fjernes samt en aktuell medicinliste.

I den tredje stikprøve fremgik udelukkende den aktuelle medicinliste og oplysninger om, at patienten skulle have fjernet suturer på 14. dagen postoperativt til egen læge.



Under tilsynet anmodede styrelsen om at se en nyligt udskrevet patients epikrise, hvilket viste fuldstændigt det samme billede som ovenstående stikprøver.

Det er styrelsens vurdering, at fyldestgørende overdragelse, herunder epikriser er nødvendig af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da overdragelsen rummer information om patienten, som udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for den videre pleje og behandling, der (skal) iværksættes.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at fejlene og manglerne i relation til sygeplejefaglige vurderinger, journalføring og overdragelsen ved patienters udskrivelse samlet set udgør problemer af større betydning for patientsikkerheden.