



# Tilsynsrapport

## Nørremarken Plejehjem

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2022

**Nørremarken Plejehjem**  
Ølbyvej 50  
4600 Køge

**CVR-** nummer: 29189374 **P-nummer:** 1003287122 **SOR-ID:** 1036831000016009

**Dato for tilsynsbesøget:** 11-10-2022

**Tilsynet blev foretaget af:** Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
**Sagsnr.:** 35-2011-10048

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan, der beskriver plejehjemmet Nørremarkens tiltag vedrørende journalføring og sygeplejefaglige vurderinger, medicin håndtering samt patienternes retsstilling. Heri fremgår det, at Nørremarken har iværksat tiltag i forhold til opdatering af journalerne, herunder at der sikres overblik og systematik i journalerne. Det fremgår desuden, at vikarer opnår adgang til journalen. Det beskrives videre, hvorledes der iværksættes tiltag for at sikre forsvarlig medicin håndtering. Derudover fremgår det, at gældende rammedelegation for blodsuktermåling ophører pr. 1. december 2022. Styrelsen har desuden modtaget nye instrukser for samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, akut opstået sygdom og medicin håndtering samt procedurer for overdragelse af borgere til ambulance præhospital, håndtering af medicin i ampuller, hygiejne i forbindelse med håndtering af doseringsæsker m.m. og ikke-dispenserbar medicin. Endvidere er der modtaget guide til Insulin og blodsukker, skemaer til håndtering af demensplaster, ikke-dispenserbar medicin, smerteplaster samt administration af doseret medicin. Endeligt er der modtaget kompetenceprofiler for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt kompetenceprofil og kompetenceskema for ufaglærte. Af handleplanen fremgår det ligeledes, at der iværksættes tiltag mhp faglig sparring og opkvalificering af medarbejderne.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på journalføringen og de sygeplejefaglige vurderinger, medicin håndtering samt patienternes retsstilling. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Vi har derfor den **16. november 2022** givet Nørremarken Plejehjem et påbud om, at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på [stps.dk](https://stps.dk) og på [sundhed.dk](https://sundhed.dk). Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **11-10-2022** vurderet, at der på **Nørremarken Plejehjem** er

### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at en række målepunkter for behandlingsstedets instrukser ikke var opfyldt og der var omfattende mangler i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation og medicin håndtering.

### **Sundhedsfaglige vurderinger og dokumentation**

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation generelt var mangelfuld, herunder usystematisk ført, idet det ikke var muligt udfra den sundhedsfaglige dokumentation at få et overblik over et pleje og behandlingsforløb. Eksterne vikarer havde ikke adgang til journalen.

Vi har endvidere lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang, beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der manglede overblik og oplysninger om patienters behandling vedr. diabetes og sonde, som kunne have betydning for vurdering af patienterne i en akut situation. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling.

De steder hvor dokumentationen var mangelfuld, kunne der ved tilsynet ikke redegøres for / klarlægges hvorvidt relevante faglige handlinger, herunder udførelse af væsentlige målinger og observationer af sundhedsfaglige problemer, var udført.

Ligeledes kunne der ikke redegøres for hvilke overvejelser der var gjort, herunder hvilken pleje og behandling der var planlagt, og hvilken pleje og behandling der var udført samt resultatet heraf. Lægens plan for diabetesbehandling blev ikke fulgt.

Det er vores vurdering at manglerne i journalerne, herunder en manglende sygeplejefaglig beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer og fravær af væsentlige oplysninger, samt manglende entydighed i journalføringen, giver risiko for manglende observationer, samt utilstrækkelig pleje og behandling af patienterne. Vi har i særlig grad lagt vægt på, at mangelfuld og usystematisk håndtering af patienter med diabetes udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, da personalet ikke kan handle fagligt relevant og forsvarligt på de observationer, de foretager hos patienten.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Vi har lagt til grund, at de manglende beskrivelser af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i betydeligt omfang må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

### **Sundhedsfaglige instrukser**

*Instruks for medarbejdernes kompetencer ansvars- og opgavefordeling*, var udarbejdet og under implementering. Det fremgik, at der var uklarhed om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

*Instruks for pludselig opstået sygdom og ulykke* afspejlede ikke aktuelle tilkaldsmuligheder i kommunen, idet det i instruksen var beskrevet at behandlingsstedet, i tilfælde af, at der ikke var en sygeplejerske tilstede, skulle kontakte kommunens akutteam. Imidlertid er der aktuelt ikke et akutteam i Køge Kommune. Det blev oplyst, at instruksen var ved at blive opdateret.

*Rammedelegation for blodsuktermåling* var uklar i forhold til målgrupper, samt i forhold til hvornår der kunne gøres brug af den.

*Instruks for den sundhedsfaglige dokumentation* var mangelfuld, idet den ikke beskrev hvornår den sygeplejefaglige udredning skulle påbegyndes ved modtagelse af nye beboere.

*Instruksen for medicin håndtering* var ligeledes mangelfuld, idet det ikke fremgik, hvorledes ikke-dispenserbar medicin skulle håndteres, herunder hvordan der skulle dokumenteres for administration af det enkelte præparat. Det fremgik endvidere at der kunne foretages efterdispensering, hvilket styrelsen fraråder.

### **Medicin håndtering**

På baggrund af de fejl der blev konstateret i medicin håndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicin håndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Der var usystematisk eller mangelfuld kvittering for ikke-dispenserbare lægemidler, heraf flere risikosituationslægemidler. Dokumentation for medicingivning blev dokumenteret flerstrengt, op til tre forskellige steder og det var ikke muligt at få et overblik over administrationerne.

Der var mangler i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste, samt medicin håndtering, herunder administration af medicin. Derudover var der usystematisk opbevaring af medicin i beholdningen.

På baggrund af de medicin fund der blev gjort er det vores vurdering, at den manglende implementering af instruks for medicin håndtering, samt de fejl den indeholdt, indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unkladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

### **Opsamling**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Det forhold, at de påviste mangler var gennemgående og vedrørte den sundhedsfaglige dokumentation, herunder mangel på systematik i denne, derudover omfattende problemer vedrørende medicin håndtering, herunder ved håndtering af risikosituationslægemidler, samt sundhedsfaglige instrukser betyder, at styrelsen vurderer, at der er konkret risiko for patientsikkerheden.

Det vil kræve gennemgribende ændringer, såvel inden for den sundhedsfaglige dokumentation som inden for medicin håndtering, for at målepunkterne kan opfyldes.

Vi vurderer, at det er en skærpene omstændighed, at der ikke kan skabes overblik over behandlingsforløb for patienter med diabetes som er i behandling med risikosituationslægemiddel.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

## 2. Krav

### Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation</li> </ul>
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at journalnotater indeholder patientens navn og personnummer og oplysning om, hvem der har foretaget plejen og behandlingen</li> </ul>
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand</li> </ul>
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme</li> </ul>
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme</li> </ul>

6.	Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt</li> </ul>
7.	Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter</li> </ul>
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger</li> </ul>
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt</li> </ul>
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer</li> </ul>
14.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt</li> </ul>

### 3. Fund ved tilsynet

#### Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		<p>Det fremgik ved interview, at der aktuelt var mangel på sygeplejersker på stedet. Der var uklarhed om, hvad der var en sygeplejerskes opgave på Nørremarken i forhold til øvrige faggrupper.</p> <p>Der var udarbejdet nye kompetenceprofiler, som var blevet præsenteret for personalet den 10. oktober 2022 og dermed under implementering.</p>

#### Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		<p>Journalføringen var usystematisk og optegnelser var ikke ført overskueligt. Det var ved tilsynet ikke muligt at danne sig et overblik over patienternes aktuelle og væsentlige problemstillinger, herunder i forhold til håndtering af patienter med ustabil diabetes. Oplysninger om udførelse af pleje og behandling blev ført flerstrengt. De formelle krav til journalføring var ikke opfyldt, idet der på papirskemaer, der blev anvendt til registrering af blodsuktermåling, afføring og indgift af sondemad, ikke var angivet patienternes navn.</p> <p>Derudover var der ikke systematisk angivelse af tider for blodsuktermåling, idet de blev angivet på forskellig vis. Insulinindgift blev på nogle dage registreret på blodsukkerskemaet, andre dage andre forskellige steder i den elektroniske journal.</p>



				<p>Oplysninger registreret på papir, blev ikke systematisk ført i den elektroniske journal (primærjournalen).</p> <p>Det fremgik ikke af den elektroniske journal (primærjournalen), at der blev anvendt papirskemaer, samt hvad disse indeholdt. Skemaerne blev opbevaret i patienternes bolig.</p> <p>Det blev oplyst til tilsynet, at der var praksis for, at data fra patienternes skemaer blev overført til den elektroniske journal i løbet af dagen.</p> <p>Tilsynet konstaterede, at blodsuktermålinger i den elektroniske journal ikke var i overensstemmelse med registreringer som fremgik på papirskemaerne. Registrering af blodsuktermåling og insulingivning skete på nogle dage og tider på papir, og på andre dage og tider, to forskellige steder i journalen, både i notater og ved kvittering af "Frister" (=opgaver). Det var således ikke muligt at få et overblik over patientens behandlingsforløb.</p> <p>Hos en patient med PEG sonde forelå plan for sondeernæring og væske i denne forbindelse ligeledes i patientens bolig. Der var ofte ikke registreret for indgift af sondeernæring. Derudover blev der kvitteret for sondeindgift i den elektroniske journal. Det var således oprettet, at én kvittering for sondeindgift i fx dagvagt, dækkede over flere tidspunkter (blok-kvittering) og det var dermed ikke tydeligt hvorvidt alle måltider var givet i en vagt. På tilsynsdagen var der kvitteret for sondeindgift i dagvagt, før det tidspunkt, hvor sidste måltid i dagvagt reelt skulle gives.</p> <p>Medarbejderne havde svært ved at fremfinde informationer om patienternes pleje og behandling i journalerne, ikke grundet medarbejdernes manglende kendskab til journalen, men grundet mangel på systematik i brugen af journalen.</p> <p>Generelt var de sundhedsfaglige notater fra korrespondancemeddelelser ikke overført til journalen. Relevante notater dokumenteret i observationsnotater</p>
--	--	--	--	---

				<p>kunne ikke i alle tilfælde fremsøges efter emne, hvorfor det heller ikke var muligt at følge et specifikt problems udvikling.</p> <p>Eksterne vikarer havde ikke adgang til den elektroniske journal. De modtog en mundtlig overlevering af oplysninger om patienterne, men havde ikke mulighed for selv at slå data op eller at dokumentere selvstændigt. Det blev oplyst, at det var gældende for hele Køge Kommune, hvor samme journalsystem blev anvendt.</p> <p>Det blev endvidere oplyst, at Nørremarken altid sikrede, at der var fastansatte social- og sundhedsassistenter på arbejde der kunne varetage medicindispenseringen.</p> <p>Kvittering for indgift af inj. methotrexate blev kvitteret via kvittering af "Frister", dette var sket, men der fremgik flere forkerte udførelsesdatoer, idet der manuelt skulle rettes dato i forbindelse med kvittering.</p>
3.	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X	<p>Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation, herunder vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer var det gennemgående i begge stikprøver, at der manglede faglig vurdering og beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer eller vurderingerne ikke var fyldestgørende.</p> <p>I en af stikprøverne manglede der eksempelvis en faglig vurdering og beskrivelse af en patients aktuelle og potentielle problemer. Patienten havde væsentlige fysiske og kommunikative problemer, herunder funktionsnedsættelser og var kørestolsbruger. Problemområdet bevægeapparat var markeret "ikke-relevant", hvilket gav et misvisende billede af patienten.</p> <p>Det fremgik ikke af den sundhedsfaglige dokumentation hvordan patienten skulle hjælpes under hensyn til patientens fysiske funktionsnedsættelse og kommunikative problemer. Desuden var der en række forskellige helbredsproblemer, herunder</p>

				<p>søvnproblemer, behov for mavesonde (PEG) og blærekateter (KAD), hvor der ikke var en fyldestgørende beskrivelse af pleje og behandling, herunder manglede der en beskrivelse af dato for skift af sonden. Cirkulation var ligeledes ikke vurderet og beskrevet trods behandling for forhøjet blodtryk. Problemområdet respiration var ikke beskrevet trods en række tidligere og aktuelle alvorlige problemstillinger hos patienten, herunder dysfagi og tidligere lungebetændelse. Det fremgik endvidere ikke, hvordan patientens diabetes kom til udtryk, herunder evt. symptomer på udsving – patienten havde ustabile blodsukre.</p> <p>I den anden stikprøve var bevægeapparat ikke vurderet. Patienten anvendte rollator, havde osteoporose og var for nyligt faldet.</p> <p>Problemområdet smerter var ikke vurderet og beskrevet hos en patient, der havde en pn ordination på smertestillende medicin. Ligeledes havde patienten Alzheimer og angst, hvor der ligeledes manglede faglig vurdering og beskrivelse. Søvn/hvile var ikke vurderet trods demens og angstproblematik.</p> <p>Begge patienter havde pga. tendens til obstipation ordinationer på laxantia efter behov. Problemområdet udskillelse var vurderet, men der manglede beskrivelser af patienternes normale afføringsmønstre og dermed grundlag for at vurdere, hvornår patienten havde behov for supplerende laxantia.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøres for de manglende oplysninger i journalen.</p>
4.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X	<p>Der manglede beskrivelse af aftaler om kontrol og behandling som var indgået med en behandlingsansvarlige læge. Det drejede sig om en diabetespatient, hvor ordination om blodsukkermåling alene fremgik af en korrespondancemeddelelse. Det fremgik ikke hvad planen var for patientens blodtryksbehandling.</p>

5.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X	<p>Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering manglede nødvendig beskrivelse og dokumentation i begge stikprøver. I begge stikprøver var der mangelfuld opfølgning og evaluering på patienternes sundhedsfaglige problemer.</p> <p>Hos en patient med insulinkrævende diabetes, med mange udsving i blodsukrene var der en ordination på blodsuktermåling x 3 dagligt. På flere dage var der kun registreret 1 eller 2 blodsuktermålinger. Derudover var der nogle dage målt blodsukre flere gange end det ordinerede, uden at der fremgik en relevant begrundelse for dette eller havde været kontakt til en læge. Der var på de dage ikke registreret særligt lave blodsukre der evt. berettigede til ekstra målinger/kontakt til læge. Lægens plan var dermed ikke fulgt.</p> <p>For en patient med PEG sonde, som var anlagt ca. et år forinden tilsynet, fremgik det ikke af den sundhedsfaglige dokumentation, hvornår PEG sonden skulle udskiftes, og/eller om PEG sonden var blevet udskiftet siden anlæggelsen. Sondemad skulle gives x 5/dagligt. Flere dage var der kun kvitteret for indgift af sondemad 3 eller 4 x dagligt, og det var dermed uklart om patienten havde fået de planlagte måltider.</p> <p>Hos en patient, som havde fået anlagt blærekateter (KAD) fremgik det ikke, hvorvidt der var en ordination fra den behandlingsansvarlige læge.</p> <p>Det fremgik ikke af den sundhedsfaglige dokumentation, hos en patient i fast smertebehandling, hvor smerterne var, og hvorvidt der var fulgt op på effekten af smertebehandlingen.</p> <p>I en stikprøve var behandling og opfølgning på fald ikke beskrevet. Patienten var i medicinsk behandling for angst, her fremgik det ikke om der var effekt af de iværksatte tiltag.</p> <p>I begge stikprøver var patienterne i laksantia behandling uden beskrivelse af</p>
----	---	--	---	---

					<p>om der var effekt af behandlingen. Der var generelt ikke angivet dato for evaluering.</p> <p>For en tredje patient med diabetes og ustabile blodsukre var der ej heller foretaget blodsuktermåling i henhold til ordination. Behandlingsansvarlig læge havde i september 2022 revurderet diabetesbehandlingen, hvorefter der skulle måles blodsukre x 5 dagligt. Imidlertid fremgik det, at der i en periode på 6 dage efter seneste ændring fra lægen, var målt blodsukre 2-6 gange dagligt. Der manglede beskrivelse af, hvorfor der nogle dage manglede det ordinerede antal blodsuktermålinger og andre dage var foretaget flere end de ordinerede.</p> <p>Lægens plan var dermed ikke fulgt.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøres for de manglende oplysninger i journalen.</p>
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		<p>Køge Kommune har en rammedelegation for blodsuktermåling. Instruksen var utilstrækkelig, idet det ikke fremgik tydeligt om målgruppen var patienter med kendt diabetes eller patienter uden diagnosticeret diabetes. Det fremgik heller ikke tydeligt, under hvilke forudsætninger instruksen kunne tages i brug.</p> <p>Det blev oplyst ved tilsynet af de tilstedeværende medarbejdere og ledelse, at der umiddelbart ikke ville blive gjort brug af den på Nørremarken.</p>

## Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		<p>Ved gennemgang af instruks for pludselig opstået sygdom og ulykke var det beskrevet at behandlingsstedet, i tilfælde af, at der ikke var sygeplejerske til stede, skulle kontakte kommunens akutteam. Imidlertid er der aktuelt ikke et akutteam i Køge Kommune.</p> <p>Det blev oplyst, at instruksen var ved at blive opdateret.</p>

8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			
----	---	---	--	--	--

## Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		<p>Det fremgik ikke af instruks for medicinhåndtering, hvorledes ikke-dispenserbar medicin skulle håndteres, herunder, hvordan der skulle dokumenteres administration af det enkelte præparat, samt at der på Nørremarken var iværksat lokale arbejdsgange for dette.</p> <p>Af instruksen fremgik det, at der kunne foretages efterdispensering såfremt der manglede medicin.</p> <p>Ved tilsynet blev det oplyst, at det var en procedure der blev anvendt hvis der ikke var tilstrækkelig medicin til 14 dages dosering i doseringsæsker.</p> <p>Styrelsen for Patientsikkerhed fraråder efterdispensering.</p> <p>Derudover fremgik det under tilsynet, at der var en praksis for, ved manglende medicin i forbindelse med dispensering, at æsker der manglede præparater blev vendt på hovedet i doseringsmappen, indtil præparatet var fremskaffet, hvilket styrelsen vurderer er en patientusikker arbejdsgang der kan give anledning til fejl.</p>
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>Ved gennemgang af tre patienters medicin og medicinlister, var der i alt 18 præparater, som fremgik med to handelsnavne på medicinlisten.</p> <p>Det blev oplyst, at det altid var det nederste og dermed det præparat med den ældste udleveringsdato, man skulle regne med lå i doseringsæskerne.</p> <p>Det blev ligeledes oplyst, at hvis der var ændringer i handelsnavnet ville det fremgå af en bemærkning på medicinlisten idet der i det nuværende elektroniske journalsystem ikke kunne rettes på den lokale medicinliste.</p>



					<p>Det blev oplyst, at praksis/antagelsen var, at når noget stod som en opgave, antog man at opgaven blev udført. I alle tre stikprøver var der medicin uden mærkning af navn, det var insulinpenne og håndkøbspræparater.</p> <p>I en stikprøve manglede den ordinerede medicin i medicinbeholdningen. Det drejede sig om et tarmregulerende præparat som skulle gives til en patient med PEG sonde og diarre. Det blev oplyst, at patienten ikke havde fået præparatet et stykke tid, uvist hvor længe, men at det var bestilt 4 dage forinden men endnu ikke modtaget.</p> <p>Ved gennemgang af medicinbeholdning og doseringsæsker, blev det bemærket, at der dagen forinden tilsynet ikke var administreret aftenmedicin. Patienten var fuldt afhængig af hjælp. Der var ikke et notat vedr. en evt. årsag til afvigelsen.</p> <p>Der var i beholdningerne flere anbrudte æsker i aktuel medicin, hvilket gav anledning til uklarhed om hvilken æske der var i brug.</p>
--	--	--	--	--	---

## Patienters retsstilling

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

## Hygiejne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	X			



## Øvrige fund

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		X		Køge Kommune havde en instruks for den sundhedsfaglige dokumentation. Af den fremgår det ikke, hvornår den sygeplejefaglige udredning skal påbegyndes/være udført i forbindelse med modtagelse af nye borgere. Nørremarken havde ikke udarbejdet en lokal instruks, hvor det var klart defineret hvornår den sygeplejefaglig udredning skulle påbegyndes, men det blev oplyst på tilsynet at det var indenfor de første 14 dage efter indflytning.

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Nørremarken Plejehjem er et kommunalt plejehjem i Køge Kommune.
- Plejehjemmet har 45 boliger fordelt på tre afsnit, hvoraf to afsnit er skærmede enheder. Dertil kommer to midlertidige pladser til borgere med behov for aflastning.
- Den daglige ledelse varetages af teamleder Britta Stokholm Martinussen. Britta Stokholm Martinussen var startet ca. 3 uger forinden tilsynet. Inden da har der været en periode uden ledelse på stedet, samt omskiftelig ledelse. Teamlederen refererer til leder af plejeboligerne, Jessie Lykke.
- Der er på plejehjemmet ansat ca. 50 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: social- og sundhedshjælpere, ca. 11 social- og sundhedsassistenter, enkelte sygeplejersker, pædagoger, aktivitetsmedarbejder, køkkenmedarbejdere samt ufaglærte indenfor sundhedsområdet. Der var på tilsynsdagen en række medarbejdere der var fraværende/sygemeldte, heraf sygeplejersker. To sygeplejersker var startet i sommeren 2022, men havde opsagt deres stillinger og der ville derfor snarest pågå en rekrutteringsproces. Der var i alt ca. 5 vakante stillinger, heraf aftenvagter.
- Plejehjemmet har samarbejde med hjemmesygeplejen, praktiserende læger, visitationen, ergo- og fysioterapeuter med flere.
- Plejehjemmet havde tilknyttet en fast praktiserende læge, der blev anvendt af ca. 3/4 af patienterne.
- Plejehjemmet anvender Vitae omsorgssystem, men overgår efter aktuel plan til Nexus i december 2022, udskudt fra november.

### Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve. I forbindelse med varslingen havde styrelsen modtaget to bekymringshenvendelser og i varslingsperioden blev yderligere henvendelser fremsendt, hvilket gjorde at der blev gennemført et reaktivt ældretilsyn den 6. oktober 2022.

### Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2018-2022 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser, instruks for den sundhedsfaglige dokumentation blev eftersendt til styrelsen
- Behandlingsstedet havde forud for tilsynsbesøget udvalgt tre journaler. Heraf blev en journal gennemgået. Tilsynet udvalgte en tilfældig journal på tilsynsbesøget. Derudover blev der kigget ind i en af de på forhånd udvalgte journaler, i forhold til vurdering af dokumentation af insulingivning og blodsuktermålinger, samt håndtering af andet risikosituationspræparat.
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på fund deltog:

- Jessie Lykke, leder af plejeboligerne
- Britta Stokholm Martinussen, teamleder
- Ulla Lund Eskildsen, kvalitetskonsulent
- 3 social- og sundhedsassistenter

Tilsynet blev foretaget af:

- Sarah Sommer, oversygeplejerske
- Charlotte Urhammer, oversygeplejerske
- Lone Teglbjærg, oversygeplejerske

## 5. Målepunkter

---

### Behandlingsstedets organisering

#### 1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Der er fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

### Journalføring

#### 2. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har foretaget plejen og behandlingen
- notaterne er skrevet på dansk, frasen eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\)](#), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021

### **3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i nødvendigt omfang:

- 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. faldtendens
- ernæring, 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, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

### **4. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand. Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsukkermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

## **5. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

## **6. Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)**

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

## Faglige fokuspunkter

### 7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

### 8. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

## Medicinhåndtering

### 9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
- Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
- Lavdosis methotrexat.
- Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)
- Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
- Gentamicin
- Digoxin

Referencer:



- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)

## 10. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)

## 11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicin håndtering og korrekt opbevaring af medicinen.

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicin håndtering- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, november 2019](#)

## Patienters retsstilling

### 12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.

- Samtykke kompetence/handleevne:

Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

• Informeret samtykke:

Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

## Hygiejne

### 13. Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

## Øvrige fund

### 14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet<sup>1</sup>. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner<sup>2</sup> udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>3</sup>.

## Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn<sup>4</sup>. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder<sup>5</sup> til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under [Tilsyn med behandlingssteder](#). Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213.

<sup>2</sup> Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 5.

<sup>4</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>5</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

## Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet<sup>6</sup>. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet<sup>7</sup>. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, [stps.dk](https://stps.dk), under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden<sup>8</sup>.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter<sup>9</sup>. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet<sup>10</sup>. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på [sundhed.dk](https://sundhed.dk)<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>8</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

<sup>9</sup> Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

<sup>11</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse 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

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et 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 vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist<sup>12</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>13</sup>, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

---

<sup>12</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>13</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1