



# Tilsynsrapport Bostedet Hybenvang

Reaktivt tilsyn 2020

**Bostedet Hybenvang**  
**Hybenvang 61 - 0**

**4300 Holbæk**

CVR- eller P-nummer: 1004564398

Dato for tilsynsbesøget: 11-12-2020

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2011-5273

# 1. Vurdering

---

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 11-12-2020 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at en række målepunkter vedrørende bostedet Hybenvangs organisering som behandlingssted, journalføring, instrukser, medicin håndtering, patientens retsstilling og hygiejne ikke var opfyldt. Det forhold, at de påviste mangler var gennemgående, betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev fundet fejl og mangler i den sundhedsfaglige dokumentation i et sådan omfang, at det udgjorde en kritisk risiko for patientsikkerheden. Journalføringen var ikke overskuelig, systematisk og énstrengt og var i alle stikprøver betydelig mangelfuld. Der var mangler i den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patientens aktuelle og potentielle problemer, sygdomme, funktionsnedsættelser samt aktuel pleje og behandling.

Der er i vurderingen lagt vægt på, at personalet på bostedet Hybenvang ikke var undervist og oplært i, hvor de skulle læse og opdatere den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patientens aktuelle og potentielle problemer, oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt sygeplejefaglige observationsnotater fra hjemmesygeplejen. Den dokumentation, som blev udført af medarbejderne på bostedet Hybenvang, var mangelfuld og uden systematik. Tilsynet fandt, at der gennemgående manglende fokus og opmærksomhed omkring de sundhedsfaglige problemstillinger hos patienterne og manglende anvendelse af den sundhedsfaglige dokumentation, på trods af at medarbejderne på bostedet Hybenvang varetog medicindispensering.

Mangelfuld journalføring rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden. Fravær af væsentlige helbredsoplysninger betyder, at det er vanskeligt at få et overblik over patienternes aktuelle helbredssituation, behov for pleje og behandling samt iværksat pleje og behandling. Det er ligeledes vanskeligt at kunne sikre tilstrækkelig kontinuitet i pleje og behandling samt at kunne håndtere en eventuel akut opstået situation hurtigt og relevant. Styrelsen vurderer således, at der er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Instrukserne vedrørende personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, patienternes behov for behandling, sundhedsfaglig dokumentation, medicin håndtering, instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt hygiejne var henholdsvis mangelfulde eller manglende. Derudover var instruks for brug af ikke-lægeordineret håndkøbslægemidler og kosttilskud ikke implementeret. Det er

styrelsens vurdering, at manglende og uklare sundhedsfaglige instrukser udgør en risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen har desuden lagt vægt på, at der var fejl i medicinhåndteringen, samt mangler i instruks for medicinhåndtering samt manglende implementering af denne. Det er styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinhåndteringen rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Det fremgik desuden ikke af journalerne, at der blev foretaget vurdering af patienternes habilitet og indhentet informeret samtykke. Det forhold, at de påviste mangler, der blev fundet i relation til patientens retsstilling var gennemgående, vurderer styrelsen at være en risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed har tidligere været på tilsyn på bostedet Hybenvang i oktober 2018, hvor der var fund inden for samme områder, som på daværende tidspunkt ikke medførte sanktioner. På det aktuelle tilsyn den 11. december 2020, fremkom det, at problemområder fra det tidligere tilsyn ikke var løst.

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

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves: Der var 15 uopfyldte målepunkter, som udløser 24 krav under områderne behandlingsstedets organisering, journalføring, instrukser, medicinhåndtering, patientens retsstilling og hygiejne.

Inden for måleområdet: **Behandlingsstedets organisering** var målepunktet ikke opfyldt. Der forelå ikke instruks om personalets kompetencer, ansvars – og opgavefordeling. Personalet kunne ikke redegøre for ansvars- og opgavefordeling for eksempelvis for pædagoger, social- og sundhedsassistenter eller andre faggrupper (eksempelvis vikarer). Det blev oplyst, at der var ansat 9 social- og sundhedsassistenter, og at det øvrige personale var pædagoger. Social- og sundhedsassistenterne var ansvarlige for medicindispensering mens pædagogerne havde ansvar for medicinadministration. Dog kunne pædagoger varetage udlevering af pn medicin direkte fra beholder (dispensering). Det blev oplyst, at medicinopgaver kun måtte løses af personale med medicinkursus.

I forbindelse med covid-19 pandemien først på året overtog det pædagogiske personale den personlige hygiejne, hos tre patienter. Pædagogerne blev sidemandsoplært af den socialpædagogiske koordinator og skulle tillige gennemgå et e-learningprogram. Desuden overgik en sårpleje til en social- og sundhedsassistent ved borgerspecifik oplæring. Det drejede sig om en patient, som kun kunne varetages af den faste kontaktperson.

Øvrige sygeplejefaglige opgaver blev varetaget af den kommunale hjemmepleje, hvor hjemmesygeplejen hørte under. Når sygeplejefaglige opgaver blev overdraget fra hjemmesygeplejen til personalet på Hybenvang skete der fast evaluering minimum hver 3. måned.

Inden for måleområderne vedrørende de **sundhedsfaglige instrukser**, manglede der instruks for patienternes behov for behandling, instruks for den sundhedsfaglige dokumentation og instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger.

De formelle krav til instrukser var opfyldt for de instrukser der forelå, men kan ikke vurderes fuldstændigt på grund af omfanget af mangel på instrukser.

Inden for måleområdet: **Journalføring** var ingen målepunkter opfyldt. Medarbejdere på bostedet Hybenvang arbejdede i Nexus FællesSprog II. På sigt skulle bostedet Hybenvang overgå til Nexus FællesSprog III, men på nuværende tidspunkt var der ingen dato for dette og personalet havde ikke modtaget relevant undervisning her i. Hjemmeplejen var i efteråret 2019 overgået til Nexus FællesSprog III, og det blev oplyst, at det fortsat var nyt for dem. Ledelse og personale oplyste, at der var en aftale om, at hjemmeplejen ved nye patienter havde ansvar for den sygeplejefaglige udredning herunder udfyldelse af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer. Herefter var det personalets ansvar på bostedet Hybenvang, at følge op og uddybe beskrivelserne, da det var dem, der kendte patienterne bedst.

Ved journalgennemgangen fremgik det, at bostedet Hybenvang og hjemmeplejen ikke kunne se det samme i patientens journal. Det var ingen af de tilstedeværende bekendt med før. Bostedet Hybenvang anvendte ikke den sundhedsfaglige dokumentation i hjemmeplejens FSIII, da de ikke var oplært i FSIII og ikke vidste, at de kunne se den. Desuden kunne personalet på bostedet Hybenvang kun se hjemmesygeplejens observationsnotater i døgnrapporten og ikke i patientens journal. Bostedet Hybenvang havde ikke et samlet overblik over patientens helbredstilstand.

De tre patientjournaler, der blev gennemgået, var tilfældigt udvalgt på dagen med en fra hvert af de tre huse. Alle tre patienter fik hjælp til medicin håndtering og havde somatiske sygdomme ud over de psykiatriske diagnoser. Tilsynet tog udgangspunkt i journalen, ud fra hvad Hybenvang havde adgang til at se og dokumentere i. Der forelå ingen oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelse. Der manglede sundhedsfaglig dokumentation vedrørende patientens aktuelle og potentielle problemer, sygdomme, funktionsnedsættelser samt aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Bostedet Hybenvangs sundhedsfaglige dokumentation var ikke overskuelig og systematisk. Alle sundhedsfaglige notater blev gjort under pædagogiske notater og var ikke systematisk tagget. Det betød, at det var vanskeligt at få overblik over en relevant problemstilling, samt om der var foretaget opfølgning.

Det fremgik ikke af den elektroniske journal, at der forelå bilag på papir og oplysninger fra papiret var ikke journalført i den elektroniske journal. Det drejede sig om vægtskema og blodtryksmåling.

Inden for måleområdet **Medicinhåndtering** var ingen målepunkter opfyldt. Der forelå en overordnet instruks for medicinhåndtering, dog var den mangelfuld, idet arbejdsgang i forbindelse med administration og dokumentation af ikke-doserbare lægemidler ikke var beskrevet. Derudover var håndtering af risikosituationslægemidler ikke beskrevet, flere patienter var i behandling med risikomedicin. Det blev oplyst, at for de områder der ikke var beskrevet, var Holbæk Kommunes overordnede instruks for medicinhåndtering gældende. Dette fremgik dog ikke af den lokale medicininstruks. Øvrige fund inden for medicinhåndtering var manglende dokumentation af det aktuelle handelsnavn, samt uoverensstemmelse mellem medicinlisten og det dispenserede medicin. Derudover var der fund relateret til håndtering af pn medicin.

Inden for måleområderne: **Patientens retsstilling** var målepunktet ikke opfyldt.

Ved journalgennemgang sås i tre ud af tre stikprøver, at der manglede dokumentation af patienternes handleevne til at give informeret samtykke, og det fremgik ikke, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med behandling eller ved kontakt til læge.

Inden for måleområdet: **Hygiejne** var målepunktet ikke opfyldt, idet der var mangler i instruksen vedrørende ure, smykker og neglelak.

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

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

## Krav

- **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)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling (målepunkt 1)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 2)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for patienternes behov for behandling (målepunkt 2)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 4)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 4)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring (målepunkt 5)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 6)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 7)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med de behandlende læger om kontrol af kroniske sygdomme ved den medicinske patient (målepunkt 7)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge (målepunkt 8)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 9)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for medicinhandling (målepunkt 9)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 10)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger (målepunkt 10)**

- **Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne /doseringsposerne (målepunkt 12)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patienternes navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato (målepunkt 12)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud (målepunkt 13)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 14)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 14)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne (målepunkt 15)**
- **Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne (målepunkt 15)**

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 15. december 2020 mundtligt udstedt et forbud mod sundhedsfaglig pleje og behandling inkl. medicinbehandling.

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har d. 3. november 2020 modtaget en bekymringshenvendelse fra Socialtilsyn Hovedstaden, som har været på uanmeldt tilsyn den 23. september 2020 på Bostedet Hybenvang. Ved tilsynet blev det konstateret, at socialfaglige medarbejdere udfører sygeplejefaglige opgaver som støttestrømper, nedre toilette og sårskift uden den fornødne instruktion og oplæring.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede i tilsynet på:

- Personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.
- Sundhedsfaglige instrukser og arbejdsgange
- Journalføring – den sundhedsfaglige dokumentation
- Medicinhåndtering
- Patientens retsstilling
- Hygiejne

Ved tilsynet den 11. december 2020 blev målepunktsættet for tilsyn med bosteder 2019-2020 anvendt. Alle målepunkter blev gennemgået.

## 3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

### 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 forelå ikke en instruks om personalets kompetencer, ansvars – og opgavefordeling. Personalet kunne ikke redegøre for ansvars- og opgavefordeling for eksempelvis pædagoger, social- og sundhedsassistenter eller andre faggrupper. Det blev dog oplyst, at medicinopgaver kun måtte løses af personale med medicinkursus og at kun social- og sundhedsassistenter måtte varetage dispensering. Andre medarbejdere måtte gerne udlevere ikke-forud dispenseret pn medicin.
2:	<u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>		X		Der var ikke udarbejdet en instruks for patienternes behov for behandling.
3	<u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>		X		De centrale instrukser i kommunens KVIS (kvalitetsstandarder og instrukser) opfyldte de formelle krav til instrukser. De få lokale instrukser der var udarbejdet, opfyldte formelle krav, men da flere instrukser manglede kan målepunktet ikke vurderes som opfyldt.



## Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4:	<u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>		X		<p>Der forelå ikke en lokal instruks omhandlende ledelsens instruktion til medarbejderne om den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Medarbejderne havde adgang til oplysninger i hjemmesygeplejens journal i FSIII, men var ikke oplyst om dette eller undervist i brugen. Medarbejderne havde ikke fokus på den sundhedsfaglig del eller anvendelse af de vurderinger der forelå, samt opfølgning på disse.</p>
5:	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>		X		<p>Den sundhedsfaglige dokumentation var ikke overskuelig og systematisk. Alle sundhedsfaglige notater blev noteret under pædagogiske notater og var ikke systematisk tagget. Det betød, at det var vanskeligt at få overblik over en relevant problemstilling samt hvorvidt der var foretaget opfølgning.</p> <p>I to ud af tre stikprøver forelå der måleresultater i papir form som ikke var skrevet ind i den elektroniske journal. Der manglede tillige oplysninger om, at der forelå notater på papir.</p> <p>I den ene stikprøve drejede det sig om systematiske vejninger som hverken var noteret i journalen eller var beskrevet hvor resultaterne forelå.</p> <p>I den anden stikprøve blev der foretaget blodtryksmåling uden at resultatet var noteret i journalen, og der var foretaget flere blodtryksmålinger op til lægekontrol, hvor blodtryksværdierne ikke var registreret i journalen.</p>
6:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver forelå der ikke en vurdering og beskrivelse af de 12 sygeplejefaglige problemområder ved journalgennemgang på den del af journalen som blev anvendt af medarbejderne på bostedet Hybenvang.</p> <p>Det blev oplyst, at der var en aftale om at hjemmesygeplejen havde ansvar for udfyldelse af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer, hjemmesygeplejen anvendte FSIII delen af journalen.</p>

					<p>Hybenvang anvendte ikke oplysninger herfra, da de ikke var oplært i FSIII og ikke vidste, at de kunne se dem.</p> <p>Ved kig i hjemmesygeplejens FSIII-del sås delvise faglig vurdering og beskrivelse af de 12 sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>Beskrivelserne var imidlertid ikke fyldestgørende.</p> <p>Eksempelvis stod der, at en patient led af OCD, men ikke hvordan det kom til udtryk hos patienten.</p> <p>En anden patient havde skizofreni og depression, uden der var en faglig vurdering og beskrivelse af dette.</p> <p>Der manglede beskrivelse af psoriasis under hud og slimhinder.</p> <p>Funktionsniveau, søvn og hvile og smerter var ikke vurderet i en stikprøve.</p> <p>Det var beskrevet, at en patient var overvægtig, men problemområdet inden for ernæring var ikke fagligt vurderet og det fremgik ikke hvilken pleje og behandling, der var iværksat trods det, at patienten gik til diætist. Patienten havde tillige type II diabetes.</p> <p>Hos en anden patient med diabetes, var der ligeså mangelfuld vurdering under ernæring. Medarbejderne oplyste, at de vejledte patienten i hensigtsmæssig kost, men det var ikke beskrevet og således tilfældigt medarbejderne imellem om og hvordan der blev vejledt.</p> <p>Hos en patient med en afføringsproblematik var der mangelfuld beskrivelse af dette under udskillelse af afføring, det kunne delvist ses under pædagogiske observationsnotater at patienten havde en problemstilling, men i sparsom og usystematisk beskrivelse.</p> <p>Hos en patient med et større alkoholindtag og opkastninger var der ikke foretaget faglig vurdering og lagt plan for understøttende tiltag i forhold til sammenhængen med patientens øvrige sygdomme.</p> <p>Derudover var flere problemområder udfyldt med enslydende indhold (kopieret), således forekom den samme tekst enslydende i tre forskellige problemområder.</p> <p>Hjemmeplejens sygeplejenotater fremgik kun af den daglige samlede døgnrapport og lagde sig ikke i de pædagogiske observationsnotater. Dette betød at</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>hjemmesygeplejen kunne se Hybenvangs notater, men Hybenvang kunne ikke se hjemmesygeplejens notater, efter det døgn hvor det var dokumenteret. Det blev først erkendt for hjemmesygeplejen ved tilsynet.</p> <p>Medarbejderne kunne ikke redegøre for de manglende vurderinger og beskrivelser af patienternes problemområder idet der ikke var faglig opmærksomhed på patienternes sundhedsfaglige problemstillinger.</p>
7:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var oversigten over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfulde. I en stikprøve var oversigten senest opdateret i 2018 i den del af journalen som medarbejderne på Hybenvang anvendte og blev således ikke anvendt, da den ikke var opdateret.</p> <p>Ved kig i hjemmesygeplejens FSIII-del forelå i en ud af tre stikprøver en oversigt. Denne var dog mangelfuld, idet der ikke var beskrevet alkoholmisbrug og stærke smerter. Derimod fremgik søvnapnø som ikke fremgik på Hybenvangs oversigt. Alkoholmisbrug fremgik heller ikke på Hybenvangs oversigt.</p> <p>Oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser i FSIII-delen blev ikke anvendt af medarbejderne på Hybenvang.</p> <p>Alle tre patienter der indgik i stikprøverne havde en lang række af sygdomme og funktionsnedsættelser, både af psykiatrisk og somatisk type, hvilket kunne ses og stykkes sammen ud fra den medicinske behandling og oplysninger i pædagogiske observationsnotater, uden at der var en samlet oversigt.</p> <p>I tre ud af tre stikprøver var der mangelfulde angivelser af behandlingsansvarlige læger. I en stikprøve målte medarbejderne blodtryk, men kendte ikke patientens normalværdier og behandlingsmål.</p>
8:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje</u></p>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver manglede beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning.</p>

	<u>og behandling, opfølgning og evaluering</u>				<p>I en stikprøve var der ingen beskrivelse af pleje og behandling hos en patient, som havde svær opkastning, selvom patienten havde øvrige sygdomme, som opkastningerne kunne have indflydelse på. Personalet oplyste, at der ikke var nogen opfølgning eller sygeplejefaglige handlinger, da patienten selv plejede at håndtere den ene sygdom.</p> <p>Der var heller ikke foretaget faglige tiltag i relation til den anden sygdom efter de gentagne opkastninger.</p> <p>I en stikprøve manglede opfølgning hos en patient, hvor der var taget EKG, blodprøver og urinprøver. Personalet kunne ikke redegøre for svarene, men mente, at patienten selv havde fået svaret fra lægen.</p> <p>I en stikprøve var det noteret, at en pårørende var nær kontakt til en covid-19 patient og derfor skulle testes. Der var ikke senere i journalen noteret resultatet af den pårørendes test, og hvilken konsekvens det havde for beboeren som evt. nær kontakt afhængigt af svaret.</p> <p>I en stikprøve var der tre måneder forinden sat i værk fra lægen, at patienten på grund af problemer med udskillelse skulle tilbydes særlig fiberrig kost og dagligt mindes om behov for laksantia. Det fremkom, at patienten både havde problemer med diarré og obstipation. Siden planen var lagt fra lægen, var der ikke systematisk fulgt op og dokumenteret, hvorvidt tiltagene var sat i værk, og hvorvidt der havde været effekt. I en nylig korrespondancemeddelelse fra lægen, fremgik det fortsat som et problem i et omfang så patienten evt. skulle udredes med kikkertundersøgelse.</p>
--	--	--	--	--	---

## Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>		X		<p>Der forelå instruks for medicinhandling. Dog manglede beskrivelse af hvordan medarbejderne skulle sikre, at ikke-dispenserbar medicin blev administreret og dokumenteret korrekt.</p> <p>Derudover manglede en beskrivelse af handling af risikosituationslægemidler, som flere patienter fik, såsom morfika-præparater, insulin og digoxin.</p> <p>Der var i instruksen beskrevet en arbejdsgang for pn-medicin, som medarbejderne ikke fulgte, idet udleveret pn-medicin, der ikke blev anvendt, blev lagt tilbage i doseringsæskerne. Medarbejderne oplyste, at de derefter kasserede medicinen.</p>
10	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>		X		Instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger var ikke udarbejdet.
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem præparatets aktuelle handelsnavn og medicinlisten.</p> <p>I første stikprøve var der på medicinlisten anført Pinemol, præparatet i beholdningen var Pamol.</p> <p>I anden stikprøve var to fejl med forkert handelsnavn ex. var der anført tbl. Seratin Oxal på listen, men i beholdningen var Seratin Hexal.</p> <p>I en tredje stikprøve stod der Movicol på listen, men i beholdningen var Maxable.</p> <p>Desuden forelå der i en stikprøve fejl på både dosis og handelsnavn. På medicinlisten stod Cozaar af 12,5 mg – 4 stk. Præparatet der blev givet var tbl. Sartankalium KrKa af 50 mg – 1 stk.</p>
12:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		<p>I en ud af to stikprøver var der ophældt pn-medicin i doserede dagsæsker. Æskerne var mærket med navn, cpr.nr og de tre præparaters navne, som lå i æsken.</p> <p>Der manglede præparatets styrke, dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.</p> <p>Patienten fik dagligt udleveret pn-medicin til selvadministration og</p>

					<p>afleverede det ubrugte medicin retur. Der sås flere dagsdosisæsker med restmedicin. Personalet oplyste, at medicinen blev kasseret og ikke anvendt igen ved ny påfyldning. Det fremgik ikke af medicininstruks.</p> <p>I en ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Der var dispenseret tbl. Apovit D3-Vitamin dagligt, hvilket ikke fremgik af medicinlisten.</p>
13:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>		X		Instruksen var indarbejdet som en del af medicininstruksen, men var ikke implementeret, idet det var beskrevet, at kosttilskud skulle fremgå af medicinlisten, hvilket det ikke gjorde i en stikprøve.

## Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14:		X		I tre ud af tre stikprøver manglede dokumentation af patienternes handleevne til at give informeret samtykke, og det fremgik ikke, hvorvidt der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med behandling eller ved kontakt til læge.

## Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:		X		I instruks for hygiejne var det ikke beskrevet forhold omkring smykker, ure og neglelak.

## Diverse

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
-----------	---------	--------------	--------------	---------------------

16:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			
-----	--	---	--	--	--

## Øvrige fund

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

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Bostedet Hybenvang var et døgn-dækket botilbud til patienter over 30 år med en længerevarende psykisk lidelse med behov for ydelse efter SEL § 85 (vedligeholdelse og udvikling af egne kompetencer). På tilsynsdagen var aldersspredningen fra 31 til 70 år. Patienterne havde en handleplan i forhold til SEL § 141 og var af behandlingsansvarlige psykiater, vurderet færdigbehandlet. Ved behov for medicin, blev der samarbejdet med distriktspsykiatrien eller egen læge. Kriteriet var, at patienterne ikke måtte have et misbrug men "normalt" forbrug af alkohol og uden misbrug af euforiserende stoffer. Dog forekom det at patienterne havde misbrug. Der kunne periodisk være episoder med udadreagerende adfærd hos nogle patienter.
- Medarbejderne på Hybenvang varetog sundhedslovsopgaver overdraget af hjemmesygeplejen såsom medicindispensering -og administration, herunder administration af injektionsbehandling, bistå patienterne med hjælp til personlig hygiejne, sårpleje, påsætning af støttestrømper. Der blev dispenseret medicin hos ca. 17 af patienterne.
- Hybenvang bestod af tre huse med hver 10 lejligheder samt stort fællesrum og køkken.
- Der var minimum en social- og sundhedsassistent i dagvagt og aftenvagt. Nattevagten var bemannet med pædagogisk personale med medicinkursus. Kommunens hjemmepleje kunne kontaktes akut hele døgnet.
- Det blev oplyst, at der var ca. 60 medarbejdere på bostedet Hybenvang, hvoraf 9 var social- og sundhedsassistenter.
- Bostedet Hybenvang havde egne timelønnede afløsere og vikarer, der havde adgang til det elektroniske journalsystem. Der blev ikke anvendt eksterne vikarer.
- Bostedet Hybenvang anvendte dokumentationssystemet Nexus efter FSII-metoden i den socialpædagogiske del. Hjemmesygeplejen i Holbæk Kommune anvendte Nexus efter FSIII-metoden.

### Om tilsynet

Tilsynet blev gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg, baseret på følgende:

- Målepunktssættet for bosteder 2019-2020 blev anvendt.
- Gennemgang af dokumentation for tre patienter, samt gennemgang af tre medicinbeholdninger. Tillige blev sundhedsfaglige instrukser gennemgået.
- Tilsynet var tilrettelagt med interview af medarbejdere, repræsentanter fra hjemmesygeplejen samt deltagelse fra Holbæk Kommune. Lederen på bostedet deltog ikke på grund af sygdom.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til områdekoordinator Ole Karlsen, distriktsleder for hjemmeplejen Lene Lysen, kvalitetskonsulent Marie Louise Monggaard, chefkonsulent for det specialiserede område Inge Kolls, socialpædagogisk koordinator Jennie Hee, sundhedsfaglig koordinator på Hybenvang Stella Mikkelsen, leder af det specialiserede område Jette Nørrekær Lund samt to sygeplejersker fra hjemmeplejen.

Tilsynsbesøget blev foretaget af: Oversygeplejerske Sarah Sommer og oversygeplejerske Lone Teglbjærg



## 5. Bilag

---

# Uddybning af målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

### **1: Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling**

Tilsynsførende gennemgår instruks om personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ved gennemgang af instruksen skal kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver være beskrevet.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

### **2: Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling**

Tilsynsførende gennemgår instruks for patienternes behov for behandling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ved gennemgang af instruksen skal det være beskrevet, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver, og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

### **3: Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser**

Tilsynsførende interviewer ledelsen og gennemgår de skriftlige instrukser med henblik på at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser, herunder om de er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.

Referencer:

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

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

↑**Tilbage til oversigt**

## Journalføring

### **4: Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation**

Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.

Ved gennemgang af instruksen skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation være beskrevet.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

### **5: Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en 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 udarbejdet notatet
- notaterne er skrevet på dansk, fraset 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 og hvad disse indeholder eller i andet format
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

### **6: 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:

- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

## **7: 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 medicinske patient***

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse 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:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

**8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering**

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

- den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

↑**Tilbage til oversigt**

## 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 risikosituationslægemidler

Personalet kender og anvender instruksen.

De syv risikosituationslægemidler er:

1. Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
2. Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
3. Lavdosis methotrexat.
4. Kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat).
5. Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
6. Gentamicin
7. Digoxin

Referencer:

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

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

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

Syv risikosituationslægemidler:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/risikosituationslaegemidler/>

↑Tilbage til oversigt

#### **10: Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger**

Tilsynsførende gennemgår instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger:

- ved håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
- om den medicinske behandling herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning
- om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[↑Tilbage til oversigt](#)



### 11: 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 den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- 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, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)

↑**Tilbage til oversigt**

## **12: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering**

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering 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 medicinhåndtering- 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 doseringsæsker/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 patients 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

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

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

[Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)

[Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

## **13: Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud**

Tilsynsførende gennemgår instruks for brug af ikke-lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Ved gennemgang af instruksen skal beskrivelse af personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, oftest praktiserende læge, ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles Medicinkort) eller anden udformet medicinliste fra lægen, fremgå.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte

Referencer:

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

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

**↑Tilbage til oversigt**

## Patienters retsstilling

### 14: 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.

**Samtykkekompetence/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 samtykkekompetence, 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 af sundhedsloven \(Kapitel 5 vedr. Patienters medinddragelse i beslutninger\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Hygiejne

### 15: Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme

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:

[Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019\)](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 7. juli 2011](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

## Diverse

### **16: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf**

Tilsynsførende interviewer personale med henblik på at vurdere, om der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet interviewes yderligere i forhold til, om de har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Øvrige fund

<b>17: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</b>
--

Reference:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)



# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Ud over de planlagte, tematiserede tilsyn 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 [Tilsyn med behandlingssteder](#). 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](#) 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