



# Tilsynsrapport

## Plejecenteret Margrethelund

Sundhedsfagligt, Reaktivt tilsyn

TILSYNSOMRÅDE plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2019-2021

**Plejecenteret Margrethelund**  
**Margrethelund 6**  
**9330 Dronninglund**

CVR- nummer: 29189501 P-nummer: 1003377022 SOR-ID: 964861000016006

Dato for tilsynsbesøget: 07-12-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord  
Sagsnr.: 35-2011-7576

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 5. januar 2022 modtaget et høringssvar fra Plejecenteret Margrethelund. I høringssvaret oplyses at være en faktuel fejl vedr. navnet på en leder. Yderligere fremgår en plan af høringssvaret med fokus på medicinbehandling, skema til egenkontrol ved medicindispensering, sundhedsfaglig journalføring og implementering af instrukser.

Høringssvaret beskriver tiltag der er iværksat og planlagt på baggrund af tilsynet, herunder gennemgang og sortering af medicinbeholdninger, samt planlagte stikprøver. Der beskrives gennemgang og ajourføring af de resterende journaler på plejecentret, som forventes afsluttet snarest og senest ultimo marts. Der beskrives desuden planlægning af undervisning og opfølgning på undervisning i FSIII, samt tilsyn af en sygeplejefaglig konsulent hver 14. dag.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på påbuddet, Vi vurderer imidlertid, at det på nuværende tidspunkt ikke er dokumenteret, at tiltagene har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

På baggrund af fundene ved tilsynsbesøget har vi den 12. januar 2022 givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe 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 **07-12-2021** vurderet, at der på **Plejecenteret Margrethelund** er

### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Det sundhedsfaglige tilsyn er udført på 24 aflastningspladser på Plejecentret Margrethelund. Ved tilsynet redegjorde ledelsen for, at de fund der var i forhold til aflastningspladserne, ville kunne findes på de øvrige afdelinger på Plejecenter Margrethelund.

### **Journalføring**

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation på Plejecentret Margrethelund ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Det var gennemgående, at aktuelle og potentielle tilstande ikke var vurderet og/eller opdaterede, og medarbejderne kunne i flere tilfælde ikke mundtligt redegøre for, at relevante faglige vurderinger blev foretaget i relation til disse tilstande.

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

Der er risiko for at overse pleje- og behandlingsopgaver hos patienterne, når der mangler oplysninger om patienternes aktuelle og potentielle problemer, og der er risiko for, at patienterne ikke modtager den rette behandling, når der er mangelfulde beskrivelser af opfølgning og evaluering på undersøgelser og behandling.

Mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen samt mangelfulde faglige observationer og manglende beskrivelse af, hvilken opfølgning observationerne skal udløse rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale. Styrelsen vurderer at dette udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

### **Patienters retsstilling**

Behandlingsstedet dokumenterede ikke systematisk, at der var givet informeret samtykke til behandling eller om der var givet samtykke/stedfortrædende samtykke, før der var blevet taget kontakt til en læge. Det er styrelsens vurdering, at manglende indhentelse af tilstrækkeligt samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, idet det derved ikke er sikret, at behandlingen sker med respekt for patienternes selvbestemmelsesret. Det er en tilsidesættelse af patientens retssikkerhed, når der ikke indhentes samtykke til behandling.

### **Instrukser**

Plejecentret Margrethe anvendte instrukssamling udarbejdet af Brønderslev Kommune. Medarbejderne kunne finde instrukserne, hvor de i den enkelte instruks skulle fremsøge teksten under "information". Personalet forstod ikke opbygningen, hvorved de ikke kunne fremfinde den relevante tekst. Styrelsen vurderer, at kommunens instrukser ikke er tilstrækkeligt implementeret på Plejecenter Margrethelund.

Manglende kendskab og manglende anvendelse af de sundhedsfaglige instrukser indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på det enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale

### **Medicinering og medicin håndtering**

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der var flere mangler i medicin håndteringen. Disse omhandlede uoverensstemmelse mellem ordineret medicin og den aktuelle medicinliste, manglende aktuel handelsnavn, ordineret medicin manglede i beholdningen af aktuel medicin, overskredet holdbarhedsdato på medicin, manglende mærkning af patienters medicindosetter, manglende anbrudsdato på medicin med

begrænset holdbarhed, fund af løse tabletter og fund, hvor aktuel medicin og ikke-aktuel medicin ikke var adskilt.

Der er risiko for, at patienter ikke får den rette medicin til rette tid (eller fejlmedicineres), når der er mangler i medicinhåndteringen. Fejlene vurderes umiddelbart at udgøre en større risiko for patientsikkerheden, idet nogle af fejlene omfattede manglende egenkontrol efter medicindispensering med risiko for fejlmedicinering og manglende kendskab til og brug af instruksen for medicinhåndtering.

### **Opsamling**

Styrelsen for Patientsikkerhed anerkender, at det i interview med ledelse og personalet fremgik, at der var iværksat og planlagt ændringer og tiltag til forbedring af samarbejde med pårørende og understøttelse af personalets kompetencer. Endvidere ville der blive lagt fokus på implementering af instrukser, opdatering af journaler samt håndtering af medicin.

Det forhold, at de påviste mangler var gennemgående og vedrørte både faglig vurdering, dokumentation, medicinhåndtering og instrukser betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt.

Manglerne vurderes at have et kritisk omfang med konkret risiko for patientsikkerheden og vurderes at være særligt problematisk i forbindelse med ny-ansættelser, brug af vikarer og skiftende personale, og vil kræve gennemgribende ændringer for at målepunkterne kan opfyldes.

## 2. Krav

### Krav

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

Målepunkt		Krav
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 notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i 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> </ul>
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel 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>
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>
8.	Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning</li> </ul>

9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhandling, og at personalet følger denne</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 er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke</li> </ul>
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin</li> </ul>
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at patientens og eventuel pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen</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>

Behandlingsstedet anmodes om at fremsende eventuelle bemærkninger hertil og eventuel dokumentation for de ændringer, behandlingsstedet har foretaget efter tilsynet. Se nærmere vedlagte høringsbrev.

### 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			

#### 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>Det var gennemgående, at der var manglende sammenhæng mellem den dokumentation der blev ført i den sundhedsfaglige del af journalen og den socialfaglige del (efter serviceloven) af journalen.</p> <p>Eksempelvis fremgik det af den socialfaglige journalføring, at en patient for kort tid siden på sygehuset var vurderet selvmordstruet, dette var ikke revurderet eller journalført under aktuelle og potentielle problemområder, og der var ikke lavet henvisninger til hvor disse oplysninger kunne fremfindes.</p> <p>Hos en anden patient fremgik det af den socialfaglige journalføring, at der på hospitalet var ordineret tømning en gang daglig af blæren med engangskateter. Behandlingen var ikke seponeret af en læge, men opgaven blev ikke udført.</p> <p>Dette fremgik ikke af den sundhedsfaglige journalføring og var ikke vurderet under patientens aktuelle og potentielle problemområder.</p> <p>Personalet kunne ikke redegøre for manglende sammenhæng i journalføringen.</p>
3. <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens</u>			X	<p>Det var gennemgående, at vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer ikke var vurderet og/eller opdateret.</p>

	<p><u>aktuelle og potentielle problemer</u></p>			<p><b>Funktionsniveau:</b> Hos tre patienter med manglende evne til at klare daglig personlig pleje var funktionsniveau ikke vurderet og journalført. Personalet kunne delvis redegøre for patienternes funktionsniveau, men ikke for den manglende journalføring.</p> <p><b>Bevægeapparatet:</b> Hos tre patienter var der ikke journalført at de anvendte henholdsvis rollator og kørestol. Hos en patient var der udelukkende anført at hun modtog genoptræning efter § 140, men ikke af hvilken årsag. Der manglende vurdering og journalføring af problemområdet. Personalet kunne ikke redegøre for ovenstående mangler.</p> <p><b>Ernæring:</b> Hos to patienter med diabetes manglende der vurdering og beskrivelse af symptomer på hypo- og hyperglykæmi, senkomplikationer, regulering af diabetes samt evt. behov for mund- og tandpleje. Hos en patient der var kognitiv udfordret, var der ikke vurderet om patienten var i stand til selv at administrere diabetesbehandlingen. Personalet redegjorde for, at det var patienten ikke i stand til. Personalet kunne delvis redegøre for patienternes tilstande, men det var ikke fyldestgørende vurderet og journalført.</p> <p><b>Hud og slimhinder:</b> Hos en patient med tryksår på venstre hæl var dette ikke vurderet og opdateret med aktuel status. Hos en anden patient med svampeinfektion, sår på skinneben og tryksår på venstre hæl, var disse ikke vurderet og der fremgik ikke en beskrivelse af pleje og behandling relateret til det enkelte problemområde. Hos en tredje patient med en defekt i et ar efter amputation, fremgik der ikke vurdering af såret eller pleje og behandling af dette. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering og journalføring.</p> <p><b>Kommunikation:</b> Hos en patient som personalet vurderede havde udfordringer med at tale og forstå pleje, var der ikke foretaget en vurdering og beskrivelse af kommunikation. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering og journalføring.</p> <p><b>Psykosociale forhold:</b> Hos en patient kendt med selvmordstanker var der foretaget en vurdering og beskrivelse af patientens emotionelle problemer. Disse</p>
--	---	--	--	---



					<p>var beskrevet under den socialfaglige journalføring, hvilket personalet ikke var bekendt med. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering og journalføring.</p> <p><b>Respiration og cirkulation:</b> Gennemgående var der manglende vurdering og beskrivelser af pleje og behandling af problemer relateret til hjertesygdomme og ødemer. Hos en patient hvor der var ordineret daglig vægt grundet væskeophobninger, var der ikke angivet mål for vægten og patienten blev ikke vejlet dagligt. Hos en anden patient, hvor der grundet ødemer var iværksat kompressionsbehandling og medicinsk behandling, var der ikke fulgt op på den medicinske behandling af ødemer. Hos en tredje patient var der ikke en vurdering og beskrivelse af behandling i forhold til hjertekramper. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering og journalføring.</p> <p><b>Smerter og sanseindtryk:</b> Hos to patienter som var i behandling med morfin-præparater var der ikke beskrivelser og vurderinger af hvorfor patienterne var i behandling med smertestillende præparater. Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering og journalføring.</p> <p><b>Viden og udvikling:</b> Hos en patient, som personalet beskrev havde kognitive problemer, var der ikke foretaget en vurdering og beskrivelse af dette. Hos en anden patient som blev beskrevet som selvhjulpne med behandling af sin insulinkrævende diabetes, angav personalet at patienten modtog hjælp til behandlingen af personalet. Personalet havde ikke journalført dette, men kunne redegøre for pleje og behandling.</p> <p><b>Udskillelser:</b> Hos en patient med tendens til forstoppelse og større forbrug af afføringsmidler, blev der ført skema over udskillelser. Der manglede dokumentation for udskillelser for adskillige dage. Patienten anvendte ble, men der var ikke en vurdering og beskrivelse af blærefunktion. Hos en anden patient var der ikke foretaget vurdering og beskrivelse af tarmfunktion hos en patient som var beskrevet med større problemer med forstoppelse grundet immobilitet og behandling med morfika.</p>
--	--	--	--	--	---

					Personalet kunne ikke redegøre for den manglende vurdering og journalføring.
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I to journalgennemgange var oversigten over patienters aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfulde. Hos en patient med kendt hjertesvigt og i behandling for hypertension, var hypertension ikke beskrevet under aktuelle sygdomme. Hos en anden patient var der manglede beskrivelse af aktuelle sygdomme som B-12 mangel, forhøjet kolesterol, brystkræft og smerter. Personalet kunne delvis redegøre for patienternes sygdomme, men det var ikke journalført.
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		Generelt var der mangler i vurdering og beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling samt opfølgning og evaluering. Hos en patient var der manglende dokumentation af patientens vægt på flere dage hvor der forelå en ordination af daglig væggtkontrol. Hos samme patient blev der fulgt op på patientens tarmfunktion med med registreringer af afføring, patienten havde en kolostomi. Der var adskillige dage og længere perioder hvor der ikke var foretaget registreringer af afføring. Personalet kunne ikke redegøre for de manglende oplysninger.  Hos en anden patient, som selv varetog blodsuktermåling og injektion med insulin, vurderede personalet, at dette var hun kognitivt ikke i stand til alene. Der manglede vurdering og handling og journalføring på dette. Samtidig var der ikke oprettet observationer på patientens behandling med diabetes siden september 2021. Samme patient havde et decubitus (tryksår) på venstre hæl. Der forelå en en plan for pleje og behandling af såret, men der var kun journalført enkelte observationer som led i opfølgning på forværring af såret. Personalet beskrev ændringer i patientens decuitus som ikke var beskrevet. Personalet kunne delvis redgøre for pleje og behandling men det var ikke fyldestgørende journalført.

					Hos en tredje patient med diabetes var der ikke angivet en pleje og behandlingsplan i forhold til patientens tilfælde med hypo- og hyperglykæmi. Personalet kunne delvist redegøre for pleje og behandling, men det var ikke journalført.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	Der blev ikke anvendt rammedelegation på behandlingsstedet.

## Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7. <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		<p>Personalet kunne fremfinde instruksen. I instruksen skulle personalet trykke på "information", hvorefter den fulde tekst kom frem. Personalet kendte ikke denne funktion, hvorfor instruksens ikke kunne læses.</p> <p>Instruksens var fyldestgørende, men grundet personalets ikke kunne navigere i instruksens vurderes, at instruksens ikke er tilstrækkeligt implementeret.</p>
8. <u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>		X		<p>Personalet kunne fremfinde instruksens. I instruksens skulle personalet trykke på "information", hvorefter den fulde tekst kom frem. Personalet kendte ikke denne funktion, hvorfor instruksens ikke kunne læses.</p> <p>Instruksens var fyldestgørende men grundet personalets ikke kunne navigere i instruksens vurderes, at instruksens ikke er tilstrækkeligt implementeret. Personalet kunne redegøre for handlinger vedrørende fravalg af livsforlængende behandling.</p>

## Medicinhandling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9. <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>		X		<p>Personalet kunne fremfinde instruksen. I instruksen skulle personalet trykke på "information", hvorefter den fulde tekst kom frem. Personalet kendte ikke denne funktion, hvorfor instruksen ikke kunne læses.</p> <p>Instruksen er fyldestgørende men grundet personalet ikke kunne navigere i instruksen vurderes, at instruksen ikke er tilstrækkeligt implementeret.</p>
10. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>I en medicingennemgang var der uoverensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste. Det omhandlede Tablet kaliumchlorid hvor administrationstidspunkterne var ordineret til kl. 6, kl. 14 og kl. 20, men blev administreret kl. 8, kl. 12 og kl. 22.</p> <p>I to medicingennemgange var præparaternes aktuelle handelsnavne ikke opdateret. Eksempelvis fremgik det af den aktuelle medicinliste at der var dispenseret tablet Paracetamol, men det var tablet Pinemol der blev anvendt. Pulver Gangiden stod på medicinlisten, men det var pulver Movicol der blev anvendt.</p>
11. <u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		<p>I to medicingennemgange var det ordinerede medicin ikke i beholdningen. Det omhandlede PN tablet toilax, spray nitroglycerin og tablet Oxapax.</p> <p>I to medicingennemgange var doseringsæsker ikke mærket med patientens navn og personnummer. Det omhandlede 7 doseringsæsker.</p> <p>I en medicingennemgang var medicinen ikke opbevaret forsvarligt. Der blev fundet løse tabletter.</p> <p>I to medicingennemgange var aktuel medicin ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin. Eksempelvis var øjendråber Trealoz, tablet Metoclopramide, tablet Paracetamol, tablet Morfin og tablet Selexid opbevaret i aktuel medicin, men var ikke aktuelt i brug.</p>

					<p>I en medicingennemgang var holdbarheden på patientens medicin overskredet. Det omhandlede tablet Morfin og talbet Selexid der var dispenseret den 11. oktober 2021 og dermed dispenseret for over 4 uger siden.</p> <p>I to medicingennemgang manglede der en anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed. Det omhandlede Insulin Insuman rapid, Insulin Lantus og øjendråber Thealoz.</p>
--	--	--	--	--	---

## Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12. <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>Hos en patient hvor personalet var i tvivl om patientens samtykkekompetence, var patienten vurderet i stand til helt at kunne give samtykke.</p> <p>Generelt var det svært at fremfinde det informerede samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge eller behandlingsforløb.</p> <p>Personalet redegjorde for, at patienterne altid blev spurgt forud for pleje og behandling, men det var ikke journalført.</p>

## 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		I et køleskab, som blev anvendt af hele plejehjemmet til opbevaring af medicin der skulle være på køl, blev der fundet en Glucagon pen hvor holdbarheden var udløbet samt Brentacort creme der var anbrudt uden at der var anført en anbrudsdato. Der var yderligere opbevaret medicin på patienter der var udskrevet fra korttidspladserne.
-----	--	--	---	--	--

## 4. Relevante oplysninger

---

### Om behandlingsstedet

#### Organisering

- På Plejecentret Margrethelund blev der oplyst, at der gennem længere tid havde været vakante stillinger og dermed et større forbrug af vikarer.
- Plejecenter Margrethelund var et kommunalt plejecenter i Brønderslev Kommune
- Plejecenter Margrethelund blev ledet af en konstitueret leder og samt to assisterede ledere som alle var ansat ugen forinden tilsynet
- Plejecentret Margrethelund havde ved tilsynet 80 pladser på plejecentret, der var herudover 13 pladser som var nedlukket. De 80 pladser var fordelt på 32 almene pladser, 24 pladser til patienter med demens og 24 aflastningspladser (midlertidige pladser). Tilsynet er udført på de 24 aflastningspladser.
- På Plejecentret Margrethelund var der i alt ansat ca. 73 medarbejdere, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere. Der var fysioterapeuter og ergoterapeuter tilknyttet stedet. Derudover blev anvendt timmelønnede uflaglærte vikarer samt eksterne vikarer fra vikarbureau.
- På Plejecentret Margrethelund blev der oplyst, at der gennem længere tid havde været vakante stillinger og dermed et større forbrug af vikarer. Ved tilsynet var der på Plejecenter Margrethelund 11 vakante stillinger fordelt på tre sygeplejersker, seks social- og sundhedsassistenter og to social- og sundhedshjælpere
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med hjemmesygeplejen fra Brønderslev Kommune
- Der var en fast tilknyttet læge til Plejecenter Margrethelund

### Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt kombineret tilsyn som udføres på baggrund af medieomtale i juli og august måned 2021 og på baggrund af udtalelse fra Margrethelund den 13. august 2021, hvor det ikke kunne vurderes om den fornødne kvalitet og patientsikkerhed i omsorg, pleje og behandling af borgerne på de midlertidige pladser levede op til gældende lovgivning.

### Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, sygeplejeklinikker, akutfunktioner og midlertidige pladser 2019-2021
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter, som blev udvalgt på tilsynsbesøget

Ved tilsynet deltog

- Lene Houkjær Nørgaard, leder af plejecenterområdet i Brønderslev Kommune
- Bente Ottesen Nielsen, konstitueret plejecenterleder
- Britta Cardel, assisterende plejecenterleder per 1.12.2021
- Susanne Fløche, konsulent
- En fysioterapeut
- En sygeplejerske
- En social- og sundhedsassistent
- En social- og sundhedshjælper

Ved tilbagemelding på tilsynet deltog

- Lone Houkjær Nørgaard, leder af plejecenterområdet i Brønderslev Kommune
- Bente Ottesen Nielsen, konstitueret plejecenterleder
- Britta Cardel, assisterende plejecenterleder per 1.12.2021
- Susanne Fløche, konsulent

Tilsynet blev udført af

- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, oversygeplejerske
- Mette Toft Thorsen, 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, 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 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 instruks. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruks 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 instruks, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [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](#)

## 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 instruks. 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 instruks, 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](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

#### **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 enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

## 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
- Doseringæsker 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
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell 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](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

## 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 af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [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](#)

## 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](#)
- [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](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)

## Øvrige fund

### 14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [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 sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. 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>1</sup> udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>2</sup>.

## Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn<sup>3</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 i øjeblikket behandlingssteder<sup>4</sup> til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også 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> Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 5.

<sup>3</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>4</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 til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet<sup>5</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>6</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>7</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>8</sup>. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet<sup>9</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>10</sup>.

---

<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.

<sup>7</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

<sup>8</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>9</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

<sup>10</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>11</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>12</sup>, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, 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>11</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>12</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1