



Tilsynsrapport Plejecenter Ulvsund

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Tilsyn på blodfortyndende medicin - Plejeområdet
2023

Plejecenter Ulvsund
Kornvej 40
4780 Stege

CVR- nummer: 29189676 **P-nummer:** 1003301885 **SOR-ID:** 1030411000016002

Dato for tilsynsbesøget: 24-05-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-12766

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i høringsperioden.

På baggrund af fundene ved tilsynsbesøget har vi den 8. august 2023 givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på 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 **24-05-2023** vurderet, at der på **Plejecenter Ulvsund** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn med fokus på patienter i blodfortyndende behandling.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke blev ført overskueligt og systematisk.

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi mangler i de sygeplejefaglige vurderinger samt mangler i beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Manglerne i journalføringen var gennemgående, og der kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøres for, hvilke overvejelser der var foretaget, hvilken pleje og behandling der var planlagt, og hvilken pleje og behandling, der var udført samt resultatet heraf. Endvidere konstaterede vi mangler i oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser. Fundene blev gjort både i relation til blodfortyndende behandling samt andre sundhedsfaglige problemområder.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen og manglerne i journalføringen udgør en større risiko for patientsikkerheden i forhold til at sikre overblik og kontinuitet i pleje og behandling.

Instrukser

Vi konstaterede ved tilsynet forskellige procedure for injektion af adrenalin ved anafylaktisk shock. Ledelsen og medarbejderne redegjorde for en nyere arbejdsgang med individuel adrenalin ordineret til den konkrete borger. Dette fremgik ikke af proceduren.

Behandlingsenheden oplyste at de for "en sikkerheds skyld" havde adrenalinberedskab på enheden, og der kunne ved interview redegøres for en korrekt arbejdsgang i forhold til dette.

Ledelsen fremviste to forskellige procedure for adrenalinberedskab gældende for Vordingborg kommune. Begge procedurer skulle have været revideret i henholdsvis 2019 og 2020. Der forelå ikke en lokal instruks.

Det er vores vurdering, at forskelligheden i instrukserne for brug af adrenalin indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Patienters retsstilling

Der var flere eksempler på, at patientens samtykkekompetence og/eller handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalen. Behandlingsstedet dokumenterede ikke systematisk, at der var givet informeret/stedfortrædende samtykke før kontakt til læge og indhentede ikke systematisk samtykke til behandling.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter var gennemgående og fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for journalføring og kræver målrettet arbejde med systematisk journalføring, inden målepunkterne kan opfyldes.

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

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
3.	Interview om håndtering af blodfortyndende medicin	Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret i håndtering af blodfortyndende medicin.
5.	Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin	- Behandlingsstedet skal sikre, at sygeplejefaglige problemområder forbundet med den blodfortyndende behandling er vurderet. - Behandlingsstedet skal sikre, at patientens aktuelle problemer og risici forbundet med den blodfortyndende behandling er identificeret.
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal - Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand - 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 - 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 - Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation - Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2.	<u>Gennemgang af instruks for håndtering af blodfortyndende medicin</u>	X			
3.	<u>Interview om håndtering af blodfortyndende medicin</u>		X		Ved interview af ledelsen fremgik der en uvished om, hvorvidt alle medarbejdere kendte til særlige opmærksomhedspunkter ved AK-behandling. Ledelsen var usikre på, om læring i forhold til AK-behandling indgik som en generel del af introduktionen. Ledelsen redegjorde for, at der ved morgenmøder blev orienteret om særlige opmærksomhedspunkter ved behov. Men det fremgik ikke, hvordan alle vagtlag blev orienteret om særlige opmærksomhedspunkter. Det fremgik ikke af journalen, hvilke særlige opmærksomhedspunkter relevante medarbejdere skulle have i relation til blødningsrisiko.
4.	<u>Interview om behandlingsstedets kommunikation og samarbejde om blodfortyndende behandling med den behandlingsansvarlige læge</u>	X			

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	<u>Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens</u>		X		I tre ud af tre journaler konstaterede vi mangler i vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder

	<u>aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin</u>				forbundet med patienternes blodfortyndende behandling. Manglerne relaterede sig eksempelvis til: Hud og slimhinde: Hos to ud af tre patienter var der problemer med blødning fra endetarmen. Der forelå ingen faglig vurdering af denne blødning i relation til AK-behandling. Ernæring: Hos en borger fremgik det, at der skulle være særlig opmærksomhed, hvis der var ændringer i borgers almen tilstand i forhold til eventuel påvirkning af INR. Borger havde haft et u hensigtsmæssigt vægttab, og der forelå ingen faglige vurderinger relateret til den aktuelle blodfortyndende behandling. Respiration/cirkulation: Under problemstillingen cirkulation var der indsat en standardtekst med oplysninger om, at patienten var i AK-behandling samt navn på præparat og dosis og opmærksomhedspunkter relateret til påvirkning af behandlingen, samt lægelige oplysninger om næste opfølgning. Der forelå ikke i standardteksten en beskrivelse af særlig opmærksomhed ved blødning fra hud og slimhinder eller ved eksempelvis fald. Der var ikke en sygeplejefaglig vurdering i relation til de konkrete patienter, relateret til de 12 sygeplejefaglige problemområder.
6.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin</u>	X			

Medicinhåndtering

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

7.	<u>Journalgennemgang af medicinlister i de sygeplejefaglige optegnelser</u>	X			
8.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering ved behandling med blodfortyndende medicin</u>	x			

Overgange i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Interview om overlevering af oplysninger i relation til behandling med blodfortyndende medicin ved indlæggelse fra plejehjem og hjemmepleje m.v. og flytning til et andet behandlingssted i primærsektoren</u>	X			

Øvrige fund

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		X		Behandlingsenheden var overgået til nyt dokumentationssystem 1. december 2022, men instruks for journalføring var målrettet det gamle dokumentationssystem og ikke opdateret svarende til det nye. Det betød, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke fremstod systematisk, idet der var ikke implementeret en ensartet dokumentationspraksis. Eksempelvis var der ikke systematik i, hvor patientens habilitet var beskrevet, eller en arbejdsgang hvor observationer blev tilknyttet tilstande. Ved tilsynet konstaterede vi, at det var svært at genfinde oplysninger i journalen, og det var svært at følge pleje og behandlingsforløb.

					Det blev oplyst, at der var fokus på at implementere ensartet dokumentationspraksis. Ledelse og medarbejderne redegjorde for, at ikke alle oplysninger fra det tidligere dokumentationssystem var blevet overført til Nexus. Medarbejderne havde læseadgang til det tidligere dokumentationssystem. En patient var i journalen beskrevet med dyspnø, men der forelå ikke en faglig vurdering af patientens respiration. Hos en anden patient var der i observationsnotat beskrevet borger havde rødme og svamp, som var et tilbagevendende problem, der forelå ikke en faglig vurdering af den sygeplejefaglige problemstilling, indsatser eller opfølgning. Hos en tredje patient forelå der en vurdering af uhensigtsmæssigt vægttab. Der forelå ingen beskrivelser af handlinger målrettet vægttab. Vægt skulle foretages hver 4. uge, men disse fremgik ikke systematisk af journalen. Ved samme patient fremgik det af et observationsnotat, at borger havde KOL, men der forelå ikke en vurdering af borgers respiration under de 12 sygeplejefaglige problemstillinger Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser: Der var generelt mangler i oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser. Det drejede sig eksempelvis om sygdomme, som patienterne enten aktuelt var i behandling for, eller havde tendens til samt oplysninger om relevante funktionsnedsættelser. Hos en patient forelå en P.N. ordination på slimløsende medicin grundet vejtrækningsbesvær. Ved journal og medicingennemgang fremgik det ikke, om patienten var opstartet behandling,
--	--	--	--	--	---

					eller om behandlingen havde en effekt. Der forelå ingen kvitteringer for udlevering af præparatet, og der var ikke dokumenteret opfølgning på patientens vejtrækningsproblemer. Generelt var der i tre ud af tre journaler en manglende dokumentation af opfølgning på observationer og iværksat behandling og pleje. Ledelsen redegjorde for, at der om kort tid opstartede daglig triagering to gange om dagen, hvor ændringer og opfølgning ville blive dokumentet i forbindelse med triagering. Instruksen for Adrenalinberedskab svarede ikke overens med den faktiske arbejdsgang. Af de fremviste instrukser fremgik det, at hvert behandlingssted skulle have adrenalin til rådighed, hvilket de havde i form af Epi-pen. Men det blev tillige oplyst, at der var taget en overordnet beslutning om, at adrenalin fremadrettet også skulle forefindes i den enkelte patients hjem, hvilket ikke fremgik af instrukserne. Ligeledes var der usikkerhed omkring, hvilken af de fremviste instrukser, der var gældende, idet der var flere, og ingen af dem var opdateret som anført. Patienternes habilitet fremgik ikke i en ud af tre journaler. Samtykke til lægekontakt blev indhentet, men ikke dokumenteret systematisk. Samtykke til behandling blev ikke systematisk indhentet.
--	--	--	--	--	---

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Plejecenter Ulvsund er et kommunalt plejehjem i Vordingborg Kommune med 61 almene plejeboliger. fem af boligerne er forbeholdt midlertidige pladser. Plejecentret er inddelt i fire afdelinger med en ass. Distriktsleder, der referer til Distriktsleder Susanne Winther.
- Plejecenter Ulvsund varetager sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af risikosituationslægemidler, i samarbejde med behandlingsansvarlig læge. Der er aktuelt cirka 12 beboere der er i blodfortyndende behandling.
- På Plejecenter Ulvsund er der cirka 60-65 medarbejdere ansat fordelt på følgende faggrupper: sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, sygehjælper, social- og sundhedshjælper, aktivitetsmedarbejder og ufaglærte. Der er aktuelt en vakant stilling, og der anvendes kun egne timelønnede afløsere ved behov.
- Plejecenter Ulvsund er uddannelsessted for sygeplejestuderende, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælper.
- Ved behov for sygeplejerske i weekenderne, aften og nat samarbejdes der med sygeplejersker fra Distrikt Ulvsund og natsygeplejen fra distrikt Solhøj tilsyn på behandlingsenheden.
- Plejecenter Ulvsund har tilknyttet to plejehjemslæger fra samme lægehus, der kommer en gang om måneden samt ved behov. Cirka 90 procent af beboerne er tilknyttet plejehjemslægerne.
- Der er tæt samarbejde med eksempelvis: hjemmeplejen, kommunens konsulenter, fysioterapeuter og ergoterapeuter, Rehab ældre, praktiserende læger og Regionen.
- Der anvendes Fælles Sprog III og omsorgssystemet Nexus som er blevet implementeret i kommunen december 2022.
- Der anvendes VAR og generelle instrukser for Vordingborg Kommune som kan tilgås af alle medarbejdere.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører fokuserede tilsyn på risikosituationslægemidler. Dette tilsyn retter sig mod patienter, der er i blodfortyndende behandling med fokus på blodfortyndende behandling som et risikosituationslægemiddel.

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Blodfortyndende medicin 2023 - plejeområdet anvendt.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
- Der blev gennemgået tre journaler, som var udvalgt på baggrund af tilsynets fokus på blodfortyndende medicin.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter.

Ved tilsynet deltog:

- Susanne Winther, distriktsleder
- Tine Kølle, ass. distriktsleder Plejecenter Ulvsund
- Jeanette Andersen, ass. distriktsleder ude
- Betina Kranker, ass. distriktsleder Plejecenter Fanefjord
- Tre sygeplejersker (sygeplejerskerne var både fra plejecenter Ulvsund og distrikt Ulvsund)

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Susanne Winther, distriktsleder
- Tine Kølle, ass. distriktsleder Plejecenter Ulvsund
- Betina Kranker, ass. distriktsleder Plejecenter Fanefjord
- Tre sygeplejersker (sygeplejerskerne var både fra plejecenter Ulvsund og distrikt Ulvsund)

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Dorte Christiansen, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold

Den tilsynsførende interviewer ledelsen om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og opgavefordeling i forbindelse med håndtering af blodfortyndende medicin.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at personalet har de nødvendige kompetencer til at håndtere blodfortyndende medicin
- at der foreligger retningslinjer/instrukser for ansvars- og opgavefordeling for håndtering af blodfortyndende medicin for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

2. Gennemgang af instruks for håndtering af blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instruks for håndtering af blodfortyndende medicin med ledelsen.

Af instruksen skal det fremgå:

- hvilke kompetencer personalet skal have for at håndtere blodfortyndende medicin
- at der er en procedure for dokumentation af ordination af blodfortyndende medicin
- personalets opgaver og ansvar for håndtering af blodfortyndende medicin herunder:
 - at der er en procedure for personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om opfølgning, gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og evt. bivirkning
 - behandlingsstedets procedurer for dispensering og administration samt kontrol af og opfølgning på blodfortyndende medicin
 - hvordan personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen.
- hvem der skal kontaktes i tilfælde af tvivlsspørgsmål.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinbehandling, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

3. Interview om håndtering af blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets procedurer for håndtering af blodfortyndende medicin.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er fastlagt procedurer for arbejdsgange og –processer i forbindelse med håndtering af blodfortyndende medicin, herunder for eventuelle bivirkninger, akutte tilstande samt interaktion med naturlægemidler og kosttilskud
- at personale, der håndterer blodfortyndende medicin, er instrueret i de fastlagte procedurer
- at de sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at de er instrueret i håndtering af blodfortyndende medicin, herunder håndtering af eventuelle bivirkninger, akutte tilstande samt interaktion med kost, naturlægemidler og kosttilskud.

Referencer:

- [Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicin håndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

4. Interview om behandlingsstedets kommunikation og samarbejde om blodfortyndende behandling med den behandlingsansvarlige læge

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets procedurer for kommunikation og samarbejde om patientens blodfortyndende behandling med den behandlingsansvarlige læge.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at behandlingsstedet har procedurer for hvornår og i hvilke situationer personalet skal kontakte den behandlingsansvarlige læge
- at behandlingsstedet har procedurer for, hvem der skal kontaktes, når patientens behandlingsansvarlige læge ikke er tilgængelig.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet ved hvornår og i hvilke situationer den behandlingsansvarlige læge skal kontaktes
- at personalet ved, hvem der skal kontaktes, når den behandlingsansvarlige læge ikke er til stede.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

Faglige fokuspunkter

5. Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for vurdering af sygeplejefaglige problemområder og patientens aktuelle problemer og risici i forhold til den blodfortyndende behandling.

Ved gennemgang af journalen skal det i nødvendigt omfang fremgå:

- at de 12 sygeplejefaglige problemområder er vurderet:

- 1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
- 2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
- 3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
- 4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
- 5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
- 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
- 8) Seksualitet, køn og kropsoptagelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
- 9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
- 10) Søvn og hvile, fx søvn mønster, varighed af søvn, træthed, energi.
- 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
- 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster.

- at patientens aktuelle problemer og risici er identificeret med udgangspunkt i vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at der er beskrevet en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.
- at planen for pleje og behandling er opdateret og beskriver patientens aktuelle problemer og risici.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

6. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling med blodfortyndende medicin

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets praksis for vurdering af aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling i forhold til blodfortyndende medicin.

Ved interview af personale skal de i nødvendigt omfang kunne redegøre for:

- at der er praksis for at foretage en vurdering af patienten, som tager udgangspunkt i følgende 12 sygeplejefaglige problemområder:

- 1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
- 2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
- 3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
- 4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
- 5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
- 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
- 8) Seksualitet, køn og kropsoptagelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
- 9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
- 10) Søvn og hvile, fx søvn mønster, varighed af søvn, træthed, energi.
- 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
- 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringsstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster.

- at der er praksis for at identificere patientens aktuelle problemer og risici på baggrund af vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder.
- at der er praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.
- at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

Medicinhåndtering

7. Journalgennemgang af medicinlister i de sygeplejefaglige optegnelser

Den tilsynsførende gennemgår et antal medicinlister i journalerne for at vurdere behandlingsstedets praksis for dokumentation af håndtering af blodfortyndende medicin.

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal det fremgå:

- at de føres systematisk og entydigt
- at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste
- at der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering
- at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling
- præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
- hvem der administrerer medicinen
- ordinerende læges navn/afdeling.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinbehandling, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

8. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling ved behandling med blodfortyndende medicin

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan sundhedspersonen/personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbehandling 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 medicinbehandling- 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 doseringsæske/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- 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
- 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, ikke er overskredet

- 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 - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinbehandling, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

Overgange i patientforløb

9. Interview om overlevering af oplysninger i relation til behandling med blodfortyndende medicin ved indlæggelse fra plejehjem og hjemmepleje m.v. og flytning til et andet behandlingssted i primærsektoren

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets procedurer for overlevering af relevante og nødvendige oplysninger om den aktuelle sygeplejefaglige pleje og behandling i forhold til blodfortyndende medicin.

Ved interview med ledelsen skal det fremgå:

- at der er procedurer for overlevering af aktuelle oplysninger om den sundhedsfaglige pleje og behandling til sygehuse ved indlæggelser.
- at der er procedurer for overlevering af aktuelle oplysninger, hvis en patient flyttes til et andet behandlingssted i primærsektoren.

Ved interview med personale skal det fremgå:

- at de kan redegøre for procedurer for overlevering af oplysninger til sygehuse ved indlæggelser.
- at de kan redegøre for procedurer for overlevering af oplysninger ved flytning af patienter til et andet behandlingssted i primærsektoren.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

Øvrige fund

10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. 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 sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. 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 behandlingssteder⁵ til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ 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.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. 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 tilsynet⁷. 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, 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 patientsikkerheden⁸.

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 Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. 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.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ 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

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

¹¹ 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 delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder 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 tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

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

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1