



Tilsynsrapport BO-INSTITUTIONEN SØDISBAKKE

Tilsyn med bosteder, 2017

Bosted

BO-INSTITUTIONEN SØDISBAKKE
Havndalvej 7

9550 Mariager

CVR- eller P-nummer: 1003350674

Dato for tilsynet: 18-05-2017

Mariagerfjord kommune

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-924/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 26. september 2017, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 18. maj 2017 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

Få forhold af mindre betydning for patientsikkerheden

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

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at omfanget af uopfyldte målepunkter primært var begrundet i fund af fejl og mangler indenfor særligt 2 områder: Manglende sundhedsfaglige instrukser samt mangler i den sundhedsfaglige dokumentation og patientrettigheder.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation hovedsageligt var begrundet i manglende systematik i journalføringen.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen kan rumme en risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at fravær af sundhedsfaglige instrukser kan rumme risiko for patientsikkerheden, særligt i forbindelse med skiftende personale, brug af vikarer, nyansatte mv.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen endvidere lagt vægt på at medicinbehandlingen med en enkelt undtagelse var i overensstemmelse med gældende regelsæt.

Sammenfatning af fund

Ved tilsynet var 11 målepunkter ikke opfyldt:

De 4 målepunkter vedrørte manglende instrukser.

Ingen af de 3 målepunkter vedrørende sundhedsfaglig dokumentation var opfyldt.

Målepunkterne vedrørende indhentelse af informeret samtykke samt samtykke til videregivelse var oplysninger ikke var dokumenteret.

Der var et enkelt uopfyldt målepunkt vedrørende medicinering, da det i en enkelt stikprøve ikke fremgik, hvad behandlingsindikationen for den medicinske behandling var.

Fund

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

- at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 1)
- at der foreligger en skriftlig instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 2)
- at de problemområder, der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 3)
- at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 6)
- at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 10)
- at behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 13)
- at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling, heri beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver. Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 29)
- at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 30)
- at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 34)

Behandlingsstedet anmodes om at fremsende eventuelle bemærkninger og dokumentation for opfyldelsen af ovenstående punkter senest tre uger fra modtagelsen af denne rapport. Hvis behandlingsstedet ikke inden for tre uger kan opfylde punkterne, skal behandlingsstedet inden for samme frist fremsende en handleplan for opfyldelse af de punkter, som ikke er opfyldt.

2. Fund ved tilsynet

↑ Tilbage til vurdering

Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Der forelå ingen skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.
1b:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
2a:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Der forelå ingen instruks for hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivning, og om afbrydelse af behandling
2b:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I ingen af de tre stilprøver forelå der en samlet beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer. Flere af de sygeplejefaglige problemområder var beskrevet i Individuel Handleplan
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I ingen af de tre stikprøver forelå der en oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge. Oplysningerne kunne findes i den Individuel Handleplan samt i fanebladet Sundhed og Trivsel, ligesom de aktuelle problemer og sygdomme fandtes i Præsentation af patienten. Beskrivelse af kontrol og behandling fandtes i kalenderen samt i dagbogsnotater
Over 5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling,</u>		x		I ingen af de tre stikprøver indeholdt den sundhedsfaglige dokumentation en

	<u>opfølgning og evaluering</u>				beskrivelse af iværksat pleje og behandling samt beskrivelse af opfølgning og evaluering. Nogle af oplysningerne kunne genfindes i dagbogsnotaterne.
6:	<u>Informeret samtykke</u>		x		Den sundhedsfaglige dokumentation indeholdt ikke oplysninger om information til patienterne om planlagt pleje og behandling, og patientens stillingtagen hertil. Personalet beskriver opgaver svarende til målepunktet.
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>	x			

Medicinhandling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a: <u>Instruks for medicinhandling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
8b: <u>Instruks for medicinhandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
9a: <u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
9b: <u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
10a: <u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Der forelå ingen instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger.
10b: <u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	

11:	<u>Dato for ordination og/eller seponering</u>	x			
12:	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>	x			
13:	<u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>		x		Ved en stikprøve fremgik behandlingsindikation for medicinsk behandling ikke
14:	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	x			
15:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	x			
16:	<u>Enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	x			
17:	<u>Enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>	x			
18:	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>	x			
19:	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>	x			
20:	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>	x			
21:	<u>Dispenseret pn. medicin</u>			x	
22:	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	x			
23:	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>	x			
24:	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	x			
25:	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>	x			
26:	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>	x			
27:	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling</u>	x			

	<u>samt kompetencer for anvendelse heraf</u>				
28a:	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>	x			
28b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud</u>	x			

Generelt

29a:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Der forelå ingen skriftlig instruks for personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling i forhold til de sundhedsfaglige opgaver
29b:	<u>Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
30a:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Der forelå ingen skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling.
30b:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
31:	<u>Håndhygiejne</u>	x			
32:	<u>Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.</u>	x			
33:	<u>Formelle krav til instrukser</u>	x			De to instrukser som fandtes, levede op til de formelle krav for instrukser
34:	<u>Samtykkekompetence/ handleevne</u>		x		I ingen af de tre stikprøver var det dokumenteret, om patienten vurderedes til helt eller delvist selv at have evnen til at give informeret samtykke til pleje og behandling.

Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
35:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	x	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ved tilsynet d.18. maj 2017, blev der gået tilsyn på afdelingerne Skrænten og Bakkebo, og der udarbejdes to separate rapporter med fokus på hver afdeling. Denne rapport er fra tilsynet på Bakkebo.
- Det oplystes at der er 10 afdelinger på Sødisebakke, og i alt 126 beboere.
- Der er tilknyttet 2 faste psykiatere til Sødisebakke som kommer hver 2. uge. Derudover er der tilknyttet en neurolog som kommer på stedet hver 2- 3 måned.

Om tilsynet

- Begrundelse for tilsynet: Planlagt Risikobaseret tilsyn udvalgt ved stikprøve
- Antal stikprøver/journalgennemgange: Medicinhåndtering og dokumentationen for 3 patienter blev gennemgået
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til: Claus Person, leder af Sødisebakke, Mette Keldsgaard, afdelingsleder på Skrænten, Rasmus Johansen, afdelingsleder på Bakkebo, Susanne Bonde, jurist samt Anne Marie Skøtt Brock, sygeplejerske.
- Tilsynet blev foretaget af: Overlæge Helene V. B. Hansen, oversygeplejerske Susanne Holst Bendix og oversygeplejerske Rikke Wendelbo Selde.

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Patientforløb og journalføring

1: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation

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

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.

Det sikres ved interview og observation, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

2: Instruks om fravalg af livsforlængende behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for, hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem der i den konkrete sammenhæng anses for den behandlingsansvarlige læge
- Ansvar for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- Inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge

Journalføring, herunder:

- Oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling
- Genoplivningsforsøg
- Afbrydelse af behandling

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af

[behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17/01/2014](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

3: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, og denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Problemområder, der skal være fagligt vurderet, og dokumenteret om det er aktuelle eller potentielle problemer:

- Funktionsniveau, for eksempel evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activity in Daily Living)
- Bevægeapparat, for eksempel behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- Ernæring, for eksempel under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- Hud og slimhinder, for eksempel forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv – f. eks. muskler, hår og negle
- Kommunikation, for eksempel evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- Psykosociale forhold, for eksempel arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- Respiration og cirkulation, for eksempel luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- Seksualitet, for eksempel samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- Smerter og sanseindtryk, for eksempel akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- Søvn og hvile, for eksempel faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- Viden og udvikling, for eksempel behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- Udskillelse af affaldsstoffer, for eksempel inkontinens, obstipation, diarré

Specifikke målepunkter

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: Som minimum er det beskrevet, om der er dyspnoe ved hvile, tale – og/eller funktion, om der er hoste/ekspektorat, behov for pep-fløjte/CPAP, behov for ilt, hvorvidt der er cyanose, og om patienten ryger
- Søvn og hvile: Det er beskrevet, om der er søvnproblematik, sidder/ligger patienten, behov for sovemedicin

Referencer:

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

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015](#)

[Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

4: Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Der skal udarbejdes en oversigt over patienternes eventuelle sygdomme og funktionsnedsættelser, der har betydning for patientens aktuelle behandling, og potentielle problemer som behandles medicinsk, eller hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden. Denne 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.

Specifikke målepunkter:

Ved AK-behandling:

- Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR-målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor patienten er i AK-behandling

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

↑ **Tilbage til oversigt**

5: Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en 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.

Specifikke målepunkter:

Ved AK-behandling:

- Der er dispenseret medicin indtil svaret foreligger på næste planlagte blodprøve. Næste dispensering er allerede sikret planlagt i kalenderen
- Der skal være et ordinationssskema for AK-behandling

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: Observationer vedrørende respirationsstatus, inhalationsteknik, rygning, skift af iltkateter, rengøring og brug af inhalationsdevices

Referencer:

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

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015](#)

[Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

6: Informeret samtykke

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om information til patienterne eller de pårørende om planlagt pleje og behandling af patienten, og patientens eller de pårørendes stillingtagen hertil (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke).

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

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

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

7: Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal

Den sundhedsfaglige dokumentation skal;

- Føres overskueligt og systematisk i én journal
- Være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling
- Opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring

Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse dele omhandler.

Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal (ved for eksempel indskanning) eller i separat papir journal. Dokumentationen skal opbevares i mindst 5 år for sygeplejefaglige optegnelser og 10 år for lægelige patientjournaler.

Referencer:

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

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

Medicinhåndtering

8: Instruks for medicinhåndtering

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Kontrol af at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- Personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhåndtering
- Dokumentation af medicinordinationer
- Identifikation af patienten og patientens medicin
- Hvordan medicin dispenseres
- Medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin
- Hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt
- Alle ovenstående elementer skal være beskrevet, og det skal fremgå, hvilke kompetencer personalet, der varetager opgaverne, skal have.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

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

↑ Tilbage til oversigt

9: Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Ledelsen skal sikre, at der er instrukser for personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger (oftest praktiserende læge) ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles MedicinKort) eller anden udformet medicinliste fra lægen.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

↑ Tilbage til oversigt

10: Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin.
- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder gennemgang og revision af den ordnede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

↑ Tilbage til oversigt

11: Dato for ordination og / eller seponering

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011

↑ Tilbage til oversigt

12: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen, hvor lægerne har ordineret medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

↑ Tilbage til oversigt

13: Behandlingsindikationer skal fremgå

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

↑ Tilbage til oversigt

14: Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

15: Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

16: Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

17: Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. Medicin

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

18: Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

19: Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poser.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

20: Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen

Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

21: Dispenseret pn. medicin

Ledelse og personale skal sikre, at 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.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

↑ Tilbage til oversigt

22: Identifikation ved medicinudlevering

Udlevering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år eller ved sikker genkendelse.
Personalet kan redegøre for proceduren for udlevering af medicin, der skal overholde gældende love og vejledninger.

Referencer:

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13/12/2013

↑ Tilbage til oversigt

23: Doseringsæsker er mærket korrekt

Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.

Referencer:

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13/12/2013

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

↑ Tilbage til oversigt

24: Medicinen opbevares forsvarligt

Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

↑ Tilbage til oversigt

25: Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt

Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

↑ Tilbage til oversigt

26: Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

↑ Tilbage til oversigt

27: Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Der skal forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

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

[Vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2003](#)

↑ Tilbage til oversigt

28: Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet og der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud

Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling må ikke være overskredet.

Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

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

↑ Tilbage til oversigt

Generelt

29: Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling i forhold til sundhedsfaglige opgaver.

Den skriftlige instruks skal beskrive kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksens.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

[↑ Tilbage til oversigt](#)

30: Instrukser om patienternes behov for behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksens.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

[↑ Tilbage til oversigt](#)

31: Håndhygiejne

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard.

Der skal være beskrivelser for, hvordan personalet forebygger spredning af smitsomme sygdomme, herunder overholder den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

32: Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.

Ledelsen skal sikre, at personalet ved udførelse af sundhedsfaglige opgaver, for eksempel medicin håndtering, har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen, og at denne overholdes.

Ledelsen skal sikre tilstrækkelige og relevante hjælpemidler i forbindelse med behandling. Personalet efterlever den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

33: Formelle krav til instrukser

Ledelsen skal sikre, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser, herunder at de skriftlige instrukser er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de skal være forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

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

Ledelsen skal sikre, at personalet introduceres til instrukserne.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

[↑ Tilbage til oversigt](#)

34: Samtykkekompetence/handleevne

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, om patienten vurderes 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 af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002

[↑ Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

35: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

[↑ Tilbage til oversigt](#)

Grundlag

Formål

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

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels som led i afdækning af nye områders risikoprofil. Endvidere vil der også blive ført tilsyn på stikprøvebasis inden for alle områder uanset forudgående vurdering af risiko.

Styrelsen vil ved tilrettelæggelsen af det risikobaserede tilsyn og læringsaktiviteter lægge vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der er høj risiko for patientsikkerheden og tage hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg er medicin håndtering og prøvesvar i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Endvidere har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på hjemmesiden under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

Lovgrundlag

Tilsynet bliver normalt foretaget efter varsling af behandlingsstedet 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet⁴.

Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner⁵ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient⁶.

¹ 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.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ Sundhedsloven § 213, stk. 2

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁵ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

⁶ Se sundhedsloven § 5.

Tilsynsbesøgene tager udgangspunkt i relevante generiske og specialespecifikke målepunkter for tilsynet, som kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside ([Temaer og målepunkter 2017](#)). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., behandlingsstedet vil blive vurderet på.

Styrelsen undersøger ved tilsynet, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt.⁷ Styrelsen reagerer herudover på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen kan afkræve personer på behandlingsstedet oplysninger, der er nødvendige som led i tilsynet⁸. Disse personer har pligt til at give de afkrævede oplysninger.

Tilsynsbesøg kan blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende skriftligt materiale, fx en instruks eller en redegørelse for ændring af en procedure på behandlingsstedet. Styrelsen kan også efter behov henstille til behandlingsstedet at følge nærmere bestemte faglige anvisninger.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed også give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.⁹

Tilsynsbesøg kan også blive fulgt op af fornyet tilsynsbesøg¹⁰, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ Se sundhedsloven § 213 b

⁹ Se sundhedsloven § 215 b

¹⁰ Se sundhedsloven § 213, stk. 1