

## Resumé til offentliggørelse

### **Udviklingscentret Skansebakken Børkop, Vejle Kommune**

*Styrelsen for Patientsikkerhed har den 2. juni 2023 givet påbud til Udviklingscentret Skansebakken Børkop, Vejle Kommune, om at sikre forsvarlig medicinhåndtering, implementering af instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger og journalføring.*

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Udviklingscentret Skansebakken Børkop, Vejle Kommune:

1. at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af tilstrækkelige instrukser herfor, fra den 2. juni 2023.
2. at sikre implementering af instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling fra den 2. juni 2023.
3. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for alle patienter fra den 2. juni 2023.
4. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruksen herfor, fra den 2. juni 2023.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

### **Baggrund**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 9. marts 2023 et varslet, planlagt tilsyn med Udviklingscentret Skansebakken Børkop, Vejle Kommune, som var udvalgt ved en tilfældig stikprøve. Udviklingscentret Skansebakken Børkop er et botilbud under Handicap og Psykiatri, Vejle Kommune. Målgruppen er voksne med massive fysiske og psykiske handicap, og der er plads til 45 borgere. De sundhedsfaglige opgaver består af medicinhåndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling, CPAP-behandling, observationer i forbindelse med behandling med shunt samt sonde og kateterpleje.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for bosteder og ved tilsynet blev der gennemgået instrukser, tre journaler og medicin for tre borgere. Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten, samt behandlingsstedets

høringssvar. For en detaljeret gennemgang af målepunkter og fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

### **Begrundelse for påbuddet**

#### Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicinhåndteringen på behandlingsstedet.

#### *Medicinliste*

Styrelsen konstaterede i to ud af tre medicinggennemgange, at medicinlisten ikke var opdateret med det aktuelle handelsnavn på i alt to præparater. I en ud af tre medicinggennemgange manglede behandlingsindikation på Brentan Creme og i samme stikprøve fremgik Brentan Creme ikke på den aktuelle medicinliste, selv om patienten aktuelt fik denne behandling.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for fejlmedicinering, hvis medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret.

#### *Medicinbeholdning*

I en medicinggennemgang var den ordinerede medicin (Zinkcreme og Brentan) ikke i beholdningen.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis al den medicin, der er ordineret til patienten, ikke findes i patientens beholdning eller ikke opbevares korrekt, idet dette øger risikoen for, at patienten ikke får den ordinerede medicin eller ikke får det til rette tidspunkt.

#### *Overskredne holdbarhedsdatoer og manglende anbrudsdatoer*

Der fandtes øjendråber med overskredet holdbarhedsdato og manglede der anbrudsdato på flydende epilepsimedicin med begrænset holdbarhed.

Det er styrelsens vurdering, at der kan være en risiko for, at patienter bliver behandlet med medicinske produkter, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, hvis det ikke sikres, at disse bliver bortskaffet. Behandling med medicinske produkter, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, rummer en risiko for utilstrækkelig behandling, da produktets virkning kan være ændret eller nedsat, eller virkningen kan være helt fraværende.

#### *Mærkning af doseringsæsker*

I en medicinggennemgang var der ikke navn og cpr-nummer på en doseringsæske med PN – medicin.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en væsentlig risiko for fejlmedicinering, hvis doseringsæskerne ikke er mærket korrekt, eller hvis oplysninger på doseringsæskerne ikke stemmer overens med ordinationen og/eller angivelsen på medicinlisten.

*Instruks for medicinhåndtering og samarbejdet herom med behandlingsansvarlige læger*

Styrelsen konstaterede, at der på Udviklingscentret Skansebakken Børkop var en instruks for medicinhåndtering og en instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger.

Instruksen for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger var dog ikke fyldestgørende, da der manglede angivelse af, hvordan mundtlige ordinationer skulle håndteres. Behandlingsstedet kunne redegøre for deres praksis for dette, men det fremgik ikke af instruksen.

På baggrund af de ovenfor anførte konstaterede fejl og mangler i medicinhåndteringen er det endvidere styrelsens vurdering, at instruksen for medicinhåndtering ikke var tilstrækkeligt implementeret.

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser og oplyste, at instrukser er et nødvendigt arbejdsredskab til styrkelse af patientsikkerhed og har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unkladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten. Instrukser sikrer således klarhed om blandt andet hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Det er styrelsens opfattelse, at det på Udviklingscentret Skansebakken Børkop skal sikres, at instruksen for medicinhåndtering implementeres, samt at instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger indeholder de nødvendige oplysninger for at understøtte, at medicinhåndteringen sker med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Det er styrelsens vurdering, at en manglende angivelse af relevant fremgangsmåde for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger udgør en risiko for patientsikkerheden, da det derved er op til den enkelte sundhedsperson at huske den fastlagte praksis, ligesom en utilstrækkelig beskrivelse ikke understøtter at fx nyansatte og vikarer følger behandlingsstedets praksis.

Det er ledelsens ansvar, at der foreligger de nødvendige og fyldestgørende instrukser, ligesom ledelsen har ansvar for, at instruksen er kendt af

personalet og for at påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med instruksen.

Styrelsen har i forbindelse med partshøringen fået tilsendt opdaterede instrukser i relation til medicin håndteringen og vurderer på den baggrund, at instrukserne nu er tilstrækkelige. Styrelsen kan dog ikke alene på den baggrund lægge til grund, at instrukserne på nuværende tidspunkt er implementeret.

Behandlingsstedet har anført, at de ikke ser kravet om at sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruks for medicin håndtering, som en udfordring, samt at dette punkt er overholdt.

Det er som nævnt ovenfor også ledelsens ansvar, at medarbejderne følger instrukserne og ud fra de fund, styrelsen gjorde under tilsynet, kan vi ikke fastslå, at instrukserne herom blev fulgt og dermed var tilstrækkeligt implementeret.

#### *Samlet vurdering af medicin håndteringen*

Styrelsen vurderer, at fundene under tilsynet er udtryk for manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af Medicin", 2019, hvilket udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicin håndtering sker på forsvarlig vis.

Behandlingsstedet har i høringssvaret beskrevet, hvordan medarbejderne oplæres i medicin håndtering via kurser, der laves SFK og de medicinansvarlige foretager løbende stikprøvekontroller.

Styrelsen anerkender, at der derved foretages tiltag for at sikre en forsvarlig medicin håndtering, men det kan ikke på baggrund af det oplyste alene konkluderes, at der på nuværende tidspunkt er sikret en forsvarlig medicin håndtering på den baggrund.

#### Instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser og oplyste, at instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten. Instrukser sikrer således klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen for den sundhedsfaglige behandling mellem alle

ansatte personalegrupper, og hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed

Styrelsen konstaterede, at der ikke var en instruks for, hvilke kompetencer og ansvar der var i forbindelse med løsningen af de sundhedsfaglige opgaver, så det var tydeligt for medarbejderne, hvem der måtte hvad i forhold til de sundhedsfaglige opgaver på behandlingsstedet, når de fungerede som lægens medhjælp.

Behandlingsstedet redegjorde for, at der var udarbejdet en overordnet instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling i Vejle Kommune. Instruksen var endnu ikke tilrettet behandlingsstedet.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et behandlingssted som Udviklingscentret Skansebakken Børkop skal være instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Behandlingsstedet har i høringssvaret anført, at personalet kender deres kompetencer i forhold til medicingivning og andre sundhedsfaglige opgaver.

Styrelsen skal hertil bemærke, at uanset at personalet under tilsynet kunne redegøre for deres kompetencer og opgavefordeling, er det styrelsens vurdering, at der skal være en skriftlig instruks herfor, der er tilpasset det konkrete behandlingssted, som skal være kendt og anvendt af personalet.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af en sådan instruks rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet denne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Behandlingsstedet har i forbindelse med partshøringssvaret indsendt en beskrivelse af personalets kompetencer mv., som styrelsen umiddelbart vurderer er tilstrækkelig og tilpasset behandlingsstedet. Styrelsen kan dog ikke på baggrund af det oplyste i høringssvaret lægge til grund, at den reviderede instruks er tilstrækkeligt kendt og implementeret på stedet på nuværende tidspunkt.

### Sygeplejefaglige vurderinger

Styrelsen henviste til vejledning om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 5.2., om de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt oplyste at på behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes, revurderes og opdateres, når det er relevant.

Under tilsynet konstaterede styrelsen i to ud af tre journalgennemgange, at der ikke var en systematisk dokumentation af, at der var foretaget effektevaluering af udleveret pn-medicin.

Ved interview kunne der ikke i tilstrækkelig grad redegøres for effekten af det udleverede pn-medicin.

Styrelsen har på den baggrund lagt til grund, at der ikke er foretaget den fornødne vurdering af behandlingens effekt.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes eller ophøre.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, herunder også af effekten af iværksat behandling.

### Journalføring

Ved tilsynsbesøget den 9. marts 2023 kunne styrelsen konstatere, at der på Udviklingscentret Skansebakken Børkop ikke blev ført journal i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) og vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring.

### *Systematisk og overskuelig journal*

Styrelsen konstaterede ved gennemgangen af journalerne, at de ikke fremstod systematiske og overskuelige. Det var svært for

behandlingsstedet at fremfinde de relevante notater, idet disse var dokumenteret forskellige steder i dokumentationssystemet. Hos alle tre patienter blev der opbevaret en mappe med døgnrytmeplaner og stamdata. Der blev ikke krydshenvist fra Nexusjournalerne.

Det var uklart for behandlingsstedet, hvor de kunne fremsøge oplysninger som for eksempel, hvor der blev skrevet om indlæggelse og udskrivelse af patienter, samt et epilepsiskema. Det krævede et personligt kendskab til historikken.

Behandlingsstedet har i høringssvar til sagen anført, at de ikke havde samme oplevelse, at de mente at dokumentationen var i orden omkring udskrivelser og kunne påvise det ved tilsynet. Det er videre anført, at medarbejderen virkede usikker men dog fandt dokumentationen.

Det anførte i tilsynsrapporten og i denne afgørelse om manglende systematik og problemer med at fremfinde notater i journalen uden konkret kendskab til den enkelte patient er udtryk for, hvad vi konstaterede under tilsynsbesøget. Styrelsen opfattelse er, at flere notater kunne fremfindes efter nogen tid, men at dette alene var på baggrund af det konkrete kendskab, personalet havde til patienterne, og ikke grundet en entydig og systematisk praksis i journalføringen, således at oplysningerne kan tilgås hurtigt i fx en akut situation.

Det er styrelsens opfattelse, at journalen skal give et systematisk og fyldestgørende overblik over patientens tilstand, så også personale, der ikke normalt varetager den enkelte patients behandling og pleje, har mulighed for at varetage plejen forsvarligt, ligesom det er nødvendigt for at understøtte kommunikationen med samarbejdspartnere.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, da dette danner grundlaget for tilrettelæggelsen og udførelsen af den fortsatte sygeplejefaglige behandling og pleje.

#### *Aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering*

Styrelsen konstaterede, at der i alle tre gennemgåede journaler manglede beskrivelse af iværksat pleje, behandling og opfølgning. Hos en patient med en shunt, hvor der var risiko for, at den var blokeret, manglede beskrivelse af aktuel pleje og behandling og opfølgning.

Under tilsynet kunne der redegøres for, hvad der var gjort af observationer og foretaget af opfølgning og evaluering.

Styrelsen har på den baggrund lagt til grund, at der er iværksat pleje, behandling, opfølgning og evaluering, men at dette ikke er blevet tilstrækkeligt journalført.

Behandlingsstedet har i høringssvar til sagen anført, at oplysninger om aktuel pleje og behandling og opfølgning for patienten med shunt fremgik i et bannernotat.

Styrelsen skal hertil bemærke, at trods spørgsmål i forhold til den pågældende patient herom, blev et tilstrækkeligt notat i forhold vedkommende ikke blev fremvist under tilsynsbesøget.

Styrelsen kan ikke alene på baggrund af det i høringssvaret oplyste lægge til grund, at der var foretaget en tilstrækkelig, herunder tilstrækkeligt systematisk, journalføring heraf.

Det er styrelsens vurdering, at en korrekt og fyldestgørende dokumentation af disse oplysninger er nødvendigt for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

#### *Implementering af instruks for journalføring*

Styrelsen konstaterede, at der på Udviklingscentret Skansebakken Børkop var en instruks for journalføring, men vurderer på baggrund af ovennævnte fund, at denne ikke var implementeret tilstrækkeligt.

Det er ledelsens ansvar, at der foreligger de nødvendige instrukser, ligesom ledelsen har ansvar for, at instruksen er kendt af personalet og for at påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med instruksen.

På baggrund af de konstaterede fejl og mangler i journalføringen er det styrelsens vurdering, at implementering af instruksen for journalføring er nødvendig på Udviklingscentret Skansebakken Børkop.

#### *Samlet vurdering vedr. journalføring*

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for



patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

Behandlingsstedet har i høringssvaret anført at der er gjort tiltag for at rette op på systematikken i journalføringen, herunder ved at opdatere instruksen for journalføring.

Styrelsen anerkender, at der er gjort tiltag med henblik på dette efter tilsynsbesøget, men kan ikke alene på baggrund af det oplyste lægge til grund, at tiltagene har haft den nødvendige virkning i praksis på nuværende tidspunkt, herunder at instruksen nu er tilstrækkeligt implementeret.

### **Samlet vurdering**

Styrelsen vurderer, at de konstaterede fejl og mangler i medicin håndteringen, iværksat pleje, behandling, opfølgning og evaluering, journalføringen og instrukserne samlet set udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen har lagt vægt på, at målgruppen er sårbare patienter, som ikke selv i tilstrækkelig grad kan tage vare på egen helbredstilstand.