

Resumé til offentliggørelse

Bostedet Vangeleddet

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 26. januar 2023 givet påbud til Bostedet Vangeleddet om at sikre forsvarlig medicinhåndtering, tilstrækkelig journalføring samt udarbejdelse og implementering af instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 8. november 2022 et påbud til Bostedet Vangeleddet om:

- 1. at sikre forsvarlig medicinhåndtering fra den 26. januar 2023**
- 2. at sikre tilstrækkelig journalføring fra den 26. januar 2023**
- 3. at sikre udarbejdelse og implementering af instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling fra den 26. januar 2023**

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

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 8. november 2022 et reaktivt tilsyn med Bostedet Vangeleddet. Baggrunden for tilsynet var, at styrelsen havde modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende medicinhåndteringen, herunder særligt dispensering og opbevaring af medicin.

Bostedet Vangeleddet er et bosted til voksne med autisme og forskellige støttebehov. Behandlingsstedet har plads til 24 borgere, som typisk er i alderen 23-42 år.

Behandlingsstedet havde på tidspunktet for tilsynet en leder og en afdelingsleder samt ca. 20 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper; 16 pædagoger, 1 pædagogisk assistent, 2 medhjælpere og nogle faste vikarer.

Bostedet Vangeleddet samarbejder med hjemmesygeplejen, akutteam ved behov, distriktpsikiatrien, epilepsihospitalet Filadelfia og forskellige praktiserende læger.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for bosteder. Målepunkterne er udtryk for de minimumskrav, som styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Bostedet Vangeleddet for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Ved tilsynet blev der gennemgået tre journaler og foretaget tre medicingennemgange.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Begrundelse

Medicin håndtering

Medicinliste

Styrelsen konstaterede, at der i tre ud af tre stikprøver i flere tilfælde ikke fremgik det korrekte handelsnavn af medicinlisten. Det blev under tilsynet oplyst, at hvis der var ændringer i handelsnavnet, ville det fremgå af en bemærkning på medicinlisten, idet der i det nuværende elektroniske journalsystem ikke kunne ske rettelser på den lokale medicinliste.

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

Dokumentation for administreret medicin

Under tilsynet konstaterede styrelsen, at der i en stikprøve ikke var kvitteret systematisk for øjendryp.

Det blev under tilsynet oplyst, at det var hjemmesygeplejen/hjemmeplejen, der varetog medicin håndteringen, men at det var behandlingsstedet, der aktuelt kvitterede for den medicin, som blev givet, når der kom medarbejdere fra hjemmesygeplejen/hjemmeplejen uden adgang til journalen. Det fremgik ikke af kvitteringen, at medicin håndteringen var udført af hjemmesygeplejen/hjemmeplejen.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når et behandlingssted ikke systematisk følger egne aktuelle procedurer vedrørende kvittering for administreret medicin, idet der derved kan opstå tvivl om, hvorvidt medicinen er givet og det risikeres, at denne ikke gives eller gives flere gange end ordineret til patienten.

Se nærmere under afgørelsens afsnit om ”Journalføring” fsva. den manglende adgang til journalen.

Medicinbeholdning

Ved gennemgang af medicinbeholdningen konstaterede styrelsen, at der blev anvendt et system med poser i forskellige farver til at sikre forsvarlig opbevaring af medicinen. Dog blev posesystemet ikke anvendt i en stikprøve, som styrelsen foretog. Ligeledes så man på tilsynet, at aktuel medicin ikke var opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin. Ligeledes blev anbrudt og ikke-anbrudt medicin ikke opbevaret adskilt.

Styrelsen konstaterede også, at i en stikprøve manglede et præparat i medicinbeholdningen.

Styrelsen konstaterede videre, at i to ud af tre stikprøver manglede label med navn og cpr- nummer på flere præparater. Eksempelvis manglede der hos en patient label med navn og cpr- nummer på enkelt doseringer af Buccolam, som blev opbevaret i patientens bolig, og i en ud af tre stikprøver manglede label med navn og cpr. nummer på en pose dispenseret pn-medicin (doseret i poser).

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 hvis medicinen ikke er mærket eller opbevaret korrekt, idet dermed ikke sikres, at den rette patient får den rette medicin på det rette tidspunkt.

Samlet vurdering af medicinhåndtering

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af Medicin”, 2019, udgør en væsentlig patientsikkerheds-risiko, da reglerne skal sikre at medicinhåndtering sker på forsvarlig vis.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at fejl og mangler i medicinhåndteringen generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

Journalføring

Ved tilsynsbesøget kunne styrelsen konstatere, at der ikke blev udført journalføring 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

Overskuelig og systematisk journalføring samt adgang til journalsystemet

Styrelsen kunne under tilsynet konstatere, at den sundhedsfaglige dokumentation generelt ikke fremstod systematisk, og at al personale ikke havde adgang til de fornødne journaloplysninger

I to ud af tre journaler havde medarbejderne svært ved at fremfinde informationer om patienternes pleje og behandling grundet mangel på systematik i brugen af journalen. Eksempelvis var indsatsmålene en lang remse af observationer efter dato, som ikke kunne fremsøges efter emne/overskrifter, hvorfor det heller ikke var muligt at følge udviklingen i et specifikt problem.

Det blev oplyst under tilsynet, at der blev journalført i to systemer i NEXUS Omsorgssystem. Medarbejderne på behandlingsstedet førte journal i bostedsmodul/VUM og hjemmesygeplejen, som leverede definerede sundhedsydelser, førte journal i sundhedsmodul. I praksis betød dette, at hjemmesygeple-

jersken ikke havde adgang til dokumentation i bostedsmodulet, hverken læse- eller skrive adgang, og på samme måde havde medarbejderne på behandlingsstedet ikke adgang til de nødvendige oplysninger i sundhedsmodulet. Dette medførte blandt andet at de 12 sygeplejefaglige problemstillinger var beskrevet i bostedsmodulet ud fra bostedets kendskab til patienten, og i sundhedsmodulet af hjemmesygeplejen. De to beskrivelser var ikke enslydende. Ligeledes var der opfølgninger og evalueringer i det sundhedsfaglige modul af konkrete problemstillinger, som ikke forelå i bostedsmodulet, og som bostedet ikke havde læseadgang til.

Bostedets eksterne vikarer havde heller ikke adgang til den elektroniske journal. De modtog en mundtlig overlevering af oplysninger om patienterne, men havde ikke mulighed for selv at orientere sig i data eller at dokumentere selvstændigt.

Desuden var der ikke mulighed for at kommunikere elektronisk via journalsystemet mellem bostedet og hjemmesygeplejen. Beskeder mellem de to enheder blev sendt pr. mail, hvilket medførte en risiko for, at vigtige oplysninger ikke blev journalført korrekt eller slet ikke blev journalført.

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

Det er hertil styrelsens opfattelse, at al personale, der varetager sundhedsfaglige opgaver, skal have adgang til at gøre sig bekendt med de oplysninger i patientjournalen, der er nødvendige for en forsvarlig varetagelse af opgaverne.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt samlet overblik over den sundhedsfaglige pleje og behandling af patienterne, samt at der ikke var sikret adgang til de nødvendige journaloplysninger for alle relevante personalegrupper.

Dokumentation af aktuelle og potentielle problemer, sygdomme og funktionsnedsættelser samt aktuel pleje, behandling, opfølgning og evaluering

Styrelsen konstaterede, at i to ud af tre stikprøver manglede den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer, og de foreliggende beskrivelser var ikke fyldestgørende.

Blandt andet manglede beskrivelser af en patients epilepsi, herunder anfaldstype og frekvens, funktionsniveau, vægtproblematik samt patientens tendens til urinvejsinfektion og svamp. Ligeledes manglede blandt andet beskrivelser af

patientens infektion i fod, tendens til tandkødsbetændelse og øjenproblematik grundet selvskaade.

Man så også under tilsynet, at en patient havde tendens til obstipation på grund af ordinationer, og derfor fik patienten laksantia. Problemområdet udskilte var vurderet, men der manglede beskrivelser af patientens afføringsmønster og dermed grundlag for at vurdere, om der var effekt af laksantia.

Videre konstaterede styrelsen, at der i en ud af tre stikprøver manglede en beskrivelse af sygdomme og funktionsnedsættelser, samt at der i to ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af aktuel pleje, behandling, opfølgning og evaluering. Eksempelvis manglede der beskrivelser vedrørende epilepsi, ernæring, herunder vægt- og væskeproblematik, infektion i fod, galdeblæreproblematik samt forstoppelse og smerter.

Styrelsen konstaterede, at der var beskrevet relevante indsatser, men der var i flere tilfælde ikke dokumenteret opfølgning på, om indsatserne havde effekt og i nogle tilfælde var der beskrivelser af pleje og behandling, som ikke var aktuel længere.

Personalet kunne under tilsynet redegøre for de oplysninger, der manglede af dokumentationen. Det er på den baggrund styrelsens vurdering, at der alene var tale om journalføringsmangler.

Det er imidlertid styrelsens vurdering, at journalføring af disse forhold er nødvendig af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da journalen som arbejdsredskab for de involverede sundhedspersoner udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der iværksættes.

Dokumentation af aftaler med de behandlingsansvarlige læger

Styrelsen konstaterede, at der i en ud af tre stikprøver manglede beskrivelser af aftaler med de behandlingsansvarlige læger. Der kunne ved tilsynet redegøres tilstrækkeligt for patientens aftaler med behandlingsansvarlig læge.

Det er styrelsens vurdering, at det er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients forløb, at det sikres dokumenteret, hvis der eksempelvis er uklarheder om behandling og er sket kontakt til lægen på den baggrund, ligesom lægens evt. tilkendegivelser efter lægekontakt skal dokumenteres.

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.

Styrelsen har særligt lagt vægt på, at behandlingsstedet havde to journalførings-systemer, og at alle medarbejdere ikke havde adgang til de fornødne journaloplysninger.

Instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling

Styrelsen konstaterede under tilsynet, at der ikke forelå en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Der var i medicininstruksen taget stilling til kompetencer, ansvars- og opgavefordeling for hver faggruppe, men der manglede et samlet overblik over hver faggruppes ansvar og opgaver.

I forbindelse med et interview af ledelsen og medarbejderne, konstaterede styrelsen, at der i tilstrækkelig grad mundtligt kunne redegøres for den daglige ansvars- og opgavefordeling.

Instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling rummer en risiko for patientsikkerheden, idet instruksen har til formål at sikre klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen for den sundhedsfaglige behandling mellem alle ansatte personalegrupper, samt for hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Styrelsen skal henvise til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

Samlet vurdering

Styrelsen vurderer, at manglerne i relation til medicinhåndtering, journalføring og instruksen for kompetencer, ansvars- og opgavefordeling udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen har særligt lagt vægt på, at de sygeplejefaglige beskrivelser i journalen generelt var mangelfulde, og at det ikke var sikret, at al personale havde adgang til de fornødne journaloplysninger.