



Betaniahjemmet  
Kong Georgs Vej 3  
2000 Frederiksberg

### **Afgørelse om påbud til Betaniahjemmet Plejehjem**

Styrelsen for Patientsikkerhed har nu truffet endelig afgørelse i sagen vedrørende Betaniahjemmet Plejehjem.

Styrelsen har den 14. november 2019 partshørt Betaniahjemmet Plejehjem over et afgørelsesudkast om påbud efter sundhedsloven § 215 b, stk. 1.

Betaniahjemmet Plejehjem har den 5. december 2019 afgivet hørings svar, som er inddraget i afgørelsen.

Afgørelsen og den endelige tilsynsrapport er vedlagt. Som bilag til afgørelsen er også vedlagt det endelige resumé til offentliggørelse. Det er dette resumé, Betaniahjemmet Plejehjem har pligt til at offentliggøre.

Det bemærkes, at sagen tidligere har været behandlet under sagsnr. 5-9011-5984/1, men grundet overgang til nyt ESDH-system har sagen nu sagsnr. 35-2011-2135.

Med venlig hilsen

Maria Pedersen  
Fuldmægtig, cand.jur.

19. december 2019

Sagsnr. 35-2011-2135/

Reference mjl/p

T +4572286600

E [sjur@stps.dk](mailto:sjur@stps.dk)

Betaniahjemmet  
Kong Georgs Vej 3  
2000 Frederiksberg

## AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 2. september 2019 et påbud til Betaniahjemmet Plejehjem om:

19. december 2019

1) at sikre forsvarlig medicinhandling, herunder implementere en tilstrækkelig instruks herfor, fra dags dato.

Sagsnr. 35-2011-2135/

Reference mjlp

T +4572286600

E sjur@stps.dk

2) at sikre udarbejdelse af oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for:

- samtlige patienter i aktuel behandling inden den 26. december 2019, og
- ny-visiterede patienter fra dags dato.

3) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder sikre dokumentation af indhentelse af informeret samtykke, fra dags dato.

4) at sikre implementering af instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling fra dags dato.

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

### Begrundelse

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 2. september 2019 et varslet, reaktivt tilsyn med Betaniahjemmet Plejehjem. Baggrunden for tilsynet var, at Styrelsen for Patientsikkerhed den 5. august 2019 modtog en bekymringshenvendelse fra en patients pårørende, hvori det blev oplyst, at en terminal patient ikke havde fået en forsvarlig pleje og behandling i et palliativt forløb. Den pårørende beskrev, at personalet ikke gav smertestillende behandling, når patienten havde behov for dette, tillige kontaktede personalet ikke den behandlingsansvarlige læge eller palliativ afdeling, da forløbet blev forværret.

På baggrund af indberetningen besluttede Styrelsen for Patientsikkerhed at foretage et reaktivt tilsyn på Betaniahjemmet.

Betaniahjemmet er et selvejende plejehjem, der har driftsoverenskomst med Frederiksberg Kommune. Plejehjemmet ejes og drives af Betaniaforeningen.



Betaniahjemmet Plejehjem har plads til 60 patienter, og på tidspunktet for tilsynet var der ansat 70 fastansatte medarbejdere, heriblandt seks sygeplejersker, fem social- og sundhedsassistenter, 30 social- og sundhedshjælpere, tre aktivitetsmedarbejder og køkkenpersonale. Der var ligeledes ansat to fysioterapeuter og en ergoterapeut.

Styrelsen har ved tilsynsbesøget anvendt de målepunkter, der er udarbejdet til brug for tilsyn med plejeområdet i 2019. Målepunkterne er udvalgt ud fra hvilke minimumskrav, der efter styrelsens opfattelse skal efterleves på et behandlingssted som Betaniahjemmet, for at understøtte, at behandling og pleje sker med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed. Målepunkterne er opstillet i tilsynsrapporten, og der er i den forbindelse anført de relevante vejledninger m.v. angivet i tilknytning til de enkelte målepunkter i rapportens bilag.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten, herunder journaldokumentation og medicingennemgange for tre patienter. Styrelsen har endvidere inddraget behandlingsstedets partshøringssvar af 5. december 2019, som ikke har givet anledning til ændring af styrelsens vurdering af forholdene. Styrelsen har nedenfor i de respektive afsnit forholdt sig nærmere til høringssvaret i det omfang, det er vurderet relevant.

Ved tilsynet kunne styrelsen konstatere, at der på behandlingsstedet var en lokal instruks for terminale patientforløb, og personalet kunne mundtligt redegøre for, hvornår der blev givet smertestillende medicin til terminale patienter, samt hvordan arbejdsgangen ved lægekontakt var i disse forløb. Ledelse og personale kunne videre redegøre for, hvordan palliative forløb blev planlagt og varetaget i praksis, herunder personalets kompetencer inden for palliativ pleje, og hvordan der blev taget kontakt til relevante samarbejdspartnere, hvis der opstod tvivlsspørgsmål omkring plejen og behandlingen.

Ved tilsynet blev styrelsen dog opmærksom på, at der var problemer med medicinhåndteringen, herunder instruks for medicinhåndteringen, at der ikke var udarbejdet oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, at der ikke blev foretaget systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, at journalføringen var mangelfuld, og at der manglede en instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling.

Endvidere indgår de bemærkninger fra behandlingsstedet, som styrelsen modtog den 11. november 2019 i form af en handleplan for, hvordan Betaniahjemmet vil sikre, at medicinhåndteringen, plejen og journalføring udføres patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt fremadrettet. Det fremgår blandt andet af handleplanen, at der oprettes potentielle og aktuelle helbredstilstande i journal-systemet Cura, ligesom der udarbejdes handlingsanvisninger i forhold til alle helbredstilstande. Det fremgår videre, at der skal laves ugentlige audits herpå.

Herudover er der indsendt en instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling, instruks for brug af adrenalin, instruks for håndtering af risikosituationslægemidler og et flowskema for Cura.

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

### Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget den 2. september 2019 kunne styrelsen konstatere, at der ved Betaniahjemmet var fejl i medicinhåndteringen.

Det fremgår af pkt. 2.5.1. i vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler, at lægen skal sikre, at lægemiddelordinationen er tydelig, så den, der skal varetage håndteringen af lægemidlet, er i stand til at udføre opgaven korrekt. Lægen skal derfor altid angive indikationen for behandlingen, lægemidlets navn (handelsnavnet), lægemiddelform, styrke (hvis lægemidlet findes i flere styrker), enkeltdosis, doseringshyppighed (evt. tidspunktet), hvornår behandlingen skal seponeres/ophøre og eventuelt administrationsvejen.

Det fremgår videre af pkt. 2.6.1. i vejledningen, at den medhjælper, der dispenserer et lægemiddel, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen. Hvis en medhjælper er i tvivl om en lægemiddelordination, skal medhjælperen ikke administrere lægemidlet til patienten, men i stedet tage kontakt til sin nærmeste leder og eventuelt lægen med henblik på en afklaring.

Det fremgår videre af pkt. 2.6.2., at en medhjælper, der medvirker med håndteringen af lægemidler, har journalføringspligt. Ifølge pkt. 4.3., skal alle lægemiddelordinationer fremgå af de lokale patientjournaler, herunder medicinlisten.

Af Sundhedsstyrelsens pjece Korrekt håndtering af medicin, 2011, fremgår det, at al den medicin, som patienten får, skal skrives på en medicinliste, og at personalet skal kontrollere, at en skriftlig ordination er korrekt dokumenteret på medicinlisten, herunder med lægemidlets korrekte handelsnavn, hvilket tidspunkt på døgnet patienten skal indtage medicinen, og om patienten selv tager sin medicin.

Det fremgår videre af pjecen, at personalet skal kontrollere, at al den medicin, som patienten er i behandling med, skal være i patientens medicinbeholdning, og at antallet af tabletter på medicinlisten er det samme som antallet af tabletter i doseringsæskerne.

Det fremgår desuden heraf, at det skal kontrolleres, at medicinens holdbarhedsdato ikke er overskredet. Det er styrelsens opfattelse, at det ligeledes skal kon-



trolleres, at sterile instrumenters holdbarhed ikke er overskredet, da man ellers ikke kan være sikker på, at instrumenterne fortsat er sterile.

Ved tilsynsbesøget den 2. september 2019 gennemgik styrelsen medicinbeholdningen for tre patienter, og styrelsen konstaterede ved gennemgangen, at der i en ud af tre stikprøver var uoverensstemmelse mellem den ordinerede medicin og det, der var anført på den aktuelle medicinliste.

Eksempelvis fremgik det ikke af medicinlisten, at en patient selv administrerede sin medicin, når personalet havde dispenseret denne.

I en stikprøve var der uoverensstemmelse mellem det administrationstidspunkt lægen havde ordineret og det administrationstidspunkt, der var anført på medicinlisten. Lægen havde ordineret, at Unikalk skulle gives kl.06.00, kl.12.00 og kl.17.00. På den lokale medicinliste var ordinationstidspunktet ændret til kl. 06.00, kl. 17.00 og kl. 22.00. Dette var ikke afstemt med lægen.

I samme stikprøve havde lægen ordineret Cymbalta 30mg – hvor der skulle være fire kapsler til natten. I dosisrullen fra apoteket lå der to kapsler af 60mg pr. styk. Det samme gjorde sig gældende med tablet Diural 40mg, som lægen havde ordineret en halv tablet af. I dosisrullen lå én tablet af 20mg. Personalet havde ikke ændret på medicinskemaet, at apoteket havde pakket en anden styrke end den oprindeligt ordinerede.

Den manglende dokumentation på medicinskemaet medførte, at der ikke var overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i dosisrullerne.

I en stikprøve manglede det aktuelle handelsnavn på tre præparater. På medicinlisten var der ordineret injektion Hydroxocobalamin, men i beholdningen fandtes injektionsvæske Vibeden. I beholdningen blev der ligeledes fundet Dulcolax og Pinemol, men af medicinlisten fremgik det, at patienten skulle have Toilex og Pinex.

I en stikprøve manglede der aktuel medicin i patientens medicinbeholdning. Medicinen var ikke bestilt, så der var ikke medicin til den efterfølgende dispensering. Det drejede sig om tablet Digoxin.

Styrelsen konstaterede desuden, at der i sygeplejedepotet var sterile instrumenter, som f.eks. plastre, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet.

Betaniahjemmet har ved partshøringssvaret indsendt beskrivelser af en række tiltag, som er iværksat med henblik på at sikre forsvarlig medicinbehandling fremadrettet. Behandlingsstedet har blandt andet oplyst, at man har indkøbt medicin og implementeret anvendelsen af disse på alle fire etager. I denne

forbindelse har Betaniahjemmet oplyst, at anvendelsen af medicinvoerne har medført, at beboerne i højere grad får deres medicin på det korrekte tidspunkt. Betaniahjemmet har desuden oplyst, at de har indført egenkontrol på medicin-håndteringen, som viser, at der er færre fejl i medicin-håndteringen nu, end der var ved egenkontrollens begyndelse.

Betaniahjemmet har desuden oplyst, at deres to afdelingsledere netop har været på kursus i medicin-håndtering, ligesom Betaniahjemmet i samarbejde med et apotek har planlagt kursus i medicin-håndtering for alle faggrupper på stedet.

Styrelsen ser positivt på de anførte tiltag. Det er dog styrelsens vurdering, at tiltagene ikke alene på baggrund af de fremsendte beskrivelser kan anses for tilstrækkeligt implementeret, eller at de har haft den nødvendige virkning i praksis.

Styrelsen konstaterede desuden, at der på Betaniahjemmet Plejehjem var udarbejdet en skriftlig instruks for medicin-håndteringen, men instruksen manglede en beskrivelse af håndtering af risikolægemidler, selvom Betaniahjemmet dose-rede og administrerede risikosituationslægemidler.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af tilstrækkelige sundhedsfaglige instrukser rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, jf. i øvrigt nedenstående afsnit om instrukser, da der dermed ikke understøttes og sikres en ensartet og patientsikker medicin-håndtering.

Behandlingsstedet har den 11. november 2019 indsendt en instruks for håndtering af risikosituationslægemidler, som senere er blevet opdateret og indsendt til styrelsen på ny den 5. december 2019.

Styrelsen anerkender, at der nu findes en instruks for håndtering af risikolægemidler, men vurderer samtidig, at instruksen ikke alene på baggrund af fremsendelsen kan anses for tilstrækkeligt implementeret.

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Sundhedsstyrelsens pjece Korrekt håndtering af Medicin, 2011, samt manglende implementering af medicin-håndteringsinstrukser, udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, da reglerne skal sikre, at medicin-håndtering sker på forsvarlig vis og sikre korrekt effekt af medicineringen i øvrigt.

Styrelsen gør opmærksom på, at der efter tilsynsbesøget er udgivet en ny pjece om "Korrekt håndtering af medicin" af Styrelsen for Patientsikkerhed, november 2019. De ovenfor refererede krav fremgår også af den nye pjece.



### Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå

Det følger af vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013, pkt. 6.2.2, at der som led i den sygefaglige pleje og behandling, som minimum skal være taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer inden for 12 oplyste sygeplejefaglige problemområder. Det fremgår, at denne stillingtagen skal journalføres. De 12 sygeplejefaglige områder er:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomme og hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Som led i udførelsen af patientbehandling og -pleje skal der foretages beskrivelse af den pleje og behandling, der er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme. Der skal også foretages en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt skal dokumenteres, ligesom det skal dokumenteres, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Ved tilsynsbesøget foretog styrelsen en gennemgang af tre patienters journaler. Styrelsen konstaterede, at patienternes aktuelle og potentielle problemer ikke var vurderet og beskrevet.

I to ud af tre stikprøver var problemområderne vurderet til ikke at være relevante, eller slet ikke vurderet, på trods af, at patienterne var i behandling for kroniske sygdomme relateret til problemområderne.



Eksempelvis var der hos en patient med en mangeårig problematik med kroniske smerter ingen beskrivelse af smerternes karakter og lokalisation, hvilket vanskeliggjorde personalets observationer og vurdering af effekten af den smertestillende behandling.

Hos en patient med kronisk lungesygdom og meget lille lungekapacitet sås ingen beskrivelse af patientens symptomer, når sygdommen var velbehandlet eller ved opblussen af sygdommen. Desuden var områderne *søvn* og *hvile* ikke beskrevet.

Styrelsen konstaterede videre, at der i tre ud af tre stikprøver ikke var en samlet oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser.

Der var faste læger tilknyttet behandlingsstedet, som personalet samarbejdede med, men aftaler med de behandlingsansvarlige læger fremgik ikke af journalerne i tre ud af tre stikprøver.

På baggrund af de oplysninger, der fremkom i forbindelse med gennemgang af journalerne, må styrelsen lægge til grund, at den manglende angivelse af stillingtagen til de 12 sygeplejefaglige problemområder samt beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemområder, og oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlige læger, ikke kan henføres til manglende journalføring, men i betydeligt omfang må tages som udtryk for, at der ikke foretages sådanne grundlæggende vurderinger og opfølgning herpå.

Det er styrelsens opfattelse, at stillingtagen til disse forhold 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 iværksættes.

Der er videre styrelsens opfattelse, at manglende aktuelle vurderinger af de sygeplejefaglige problemområder også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem, og deraf afledt manglende relevant pleje og behandlingen af patienten eller forsinkelse heraf.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning på sygeplejefaglige observationer.



### Journalføring

Ved tilsynsbesøget den 2. september 2019 kunne styrelsen konstatere, at der ved Betaniahjemmet Plejehjem ikke blev udført journalføring i overensstemmelse med de gældende regler herom.

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 530 af 24. maj 2018 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) § 3, at der for hver patient oprettes én patientjournal på hvert enkelt sygehus, klinik, praksis, kommunalt sundhedscenter, plejehjem, bosted m.v., jf. dog stk. 2 og 4.

Det fremgår videre af § 10, stk. 2, nr. 2, i journalføringsbekendtgørelsen, hvilke oplysninger en patientjournal skal indeholde i forhold til de enkelte patientkontakter.

Det er uddybet i vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige opgøvelser, pkt. 6.2.1, at journalen ved hver enkelt patientkontakt i relevant omfang skal indeholde følgende:

- a) Oplysning om årsag til henvendelsen eller kontakten og aktuel helbredssituation før kontakten.
- b) Dato for kontakten.
- c) Nødvendige observationer og oplysninger om patientens tilstand.
- d) Indikation for foretagne undersøgelser samt resultatet heraf.
- e) Planlagt indsats.
- f) Udført pleje og behandling, herunder opgaver udført på delegation, forebyggelsestiltag, lindring, rehabilitering, observation mv., herunder observation af virkning og evt. bivirkning af given behandling med henblik på tilbagemelding til ordinerende læge.
- g) Beskrivelse og vurdering af resultatet.
- h) Information og undervisning af patienten.
- i) Ændringer i patientens tilstand og deraf følgende revurdering af indsatsen.
- j) Indtrådte komplikationer og bivirkninger mv.
- k) Henvisninger til andre sundhedspersoner og resultatet heraf.
- l) Aftaler med patienten, pårørende og/eller samarbejdspartnere.

Det fremgår af vejledningens pkt. 5, at sygeplejefagligt personale er ansvarligt for at journalføre deres selvstændige opgavevaretagelse. Sygeplejefagligt personale skal endvidere journalføre delegeret behandling, som udføres som medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Det fremgår videre af vejledningens pkt. 7, at den sygeplejefaglige journalføring skal være entydig, systematisk, forståelig og fremstå overskueligt af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten. Det sygeplejefaglige personale skal på baggrund af journalen kunne redegøre for patientens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje

og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført samt resultatet heraf.

Det fremgår desuden af journalføringsbekendtgørelsen § 13, stk. 1, at det skal fremgå af patientjournalen hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information, der er givet til patienten eller de pårørende eller en værge ved stedfortrædende samtykke til behandling, og hvad patienten/de pårørende/værgen på denne baggrund har tilkendegivet. Det samme gælder, når der er tale om indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger m.v.

Ligeledes fremgår det af vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser pkt. 8, at den ansvarlige sygeplejefaglige sundhedsperson skal sørge for, at det står i journalen, hvilken information om plejen og behandlingen der er givet til patienten eller eventuelt de pårørende i forbindelse med stedfortrædende samtykke, og hvad patienten/de pårørende på denne baggrund har tilkendegivet.

I hjemmesygeplejen, på plejehjem, botilbud m.v., hvor der til daglig ikke arbejder læger, har ledelsen ansvar for at sikre, at behandling på stedet, der udføres som medhjælp for autoriserede sundhedspersoner, bliver journalført. Dette fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 5, stk. 3.

Ved tilsynsbesøget foretog styrelsen en gennemgang af tre patienters journaler.

Styrelsen kunne ved gennemgangen konstatere, at dokumentationen i tre ud af tre stikprøver ikke var overskuelig og systematisk, og personalet havde derfor vanskeligheder ved at orientere sig heri og få et samlet overblik over patienternes helbredsmæssige situation.

I behandlingsstedets journalsystem, Fælles Sprog 3, bestod den aktuelle beskrivelse af pleje og behandling af helbredstilstande, som skal relateres til handlinger og mål og hertil skal observationerne relateres. Styrelsen konstaterede ved tilsynet, at personalet ikke altid fik relateret de forskellige dele i journalen til hinanden, hvilket medførte manglede overblik over opfølgning og evaluering af den givne pleje og behandling. Dette var gennemgående i alle tre journaler.

Opfølgning og evaluering kunne dog for det meste findes i observationer, som fremstod som fortløbende journalnotater.

Styrelsen konstaterede desuden, at oplysninger fra indflytningssamtale, eksempelvis samtykke til medicinhåndtering forelå på papir, men der var ingen krydshenvisning hertil i den elektroniske journal.

Styrelsen skal hertil oplyse, at hvis behandlingsstedet foretager journalføring i både elektronisk og papirbaseret journal, bør det efter styrelsens opfattelse fremgå ved krydshenvisning, og det skal tydeligt fremgå, at journalen er opdelt

i flere dele, og hvilke typer af dokumentation, der befinder sig i den øvrige journal. Dette med henblik på at sikre, at der altid er et samlet overblik over behandlingen.

Herudover konstaterede styrelsen, at der i to ud af tre stikprøver manglede systematiske beskrivelser af pleje og behandling vedrørende de sygeplejefaglige opgaver. Eksempelvis sås hos en patient med insulinkrævende diabetes, og periodevis behov for hurtigtvirkende insulin, en manglende systematik vedrørende dokumentationen af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Hos en anden patient manglede der en beskrivelse af opfølgningen på en korrespondancemeddelelse, hvori ændring af behandling hos en patient med en kronisk lungesygdom blev ordineret. Patienten havde et forstøverapparat stående i boligen, men det var uklart for personalet, om det skulle tages i brug, og det kunne ikke umiddelbart identificeres, om der lå tilhørende ordinationer i FMK.

Under tilsynet kunne personalet mundtligt redegøre for den iværksatte pleje og behandling, men dette var ikke journalført. På den baggrund har styrelsen lagt til grund, at de manglende beskrivelser af iværksat pleje og behandling samt opfølgning og evaluering primært kan henføres til manglende journalføring.

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

Herudover fremgik det ikke af journalerne, om patienterne havde givet informeret samtykke forud for kontakt til egen læge og før opstart af behandling. Personalet redegjorde dog under tilsynet for, at der altid blev indhentet et informeret samtykke, men at dette ikke blev dokumenteret i journalen. Patienternes evne til at give samtykke var vurderet og beskrevet i journalerne.

Styrelsen har på den baggrund lagt til grund, at der blev indhentet et informeret samtykke til behandling, men at dette ikke blev journalført.

Det er styrelsens opfattelse, at den utilstrækkelige journalføring af indhentelse af informeret samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke er klart, og det derved ikke er sikret, at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

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

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

Betaniahjemmet har i høringssvaret blandt andet oplyst, at behandlingsstedet siden tilsynsbesøget den 2. september 2019 har gennemgået dokumentationen for de enkelte patienter og har indført egenkontrol på journalføringen. Betaniahjemmet Plejehjem har videre oplyst, at de er kommet langt i forhold til at skabe overblik og rød tråd mellem medicin, helbredstilstande, ydelser og handlingsanvisninger i journalen, ligesom de er ved at implementere en praksis for dokumentationen af indhentelse af informeret samtykke.

Styrelsen anerkender, at Betaniahjemmet har oplyst om iværksatte tiltag for at rette op på journalføringen, men vurderer samtidig, at det indsendte ikke udgør tilstrækkelig dokumentation for, at der på nuværende tidspunkt er rettet tilstrækkeligt op på journalføringen.

#### Instrukser

Ved tilsynsbesøget den 2. september 2019 konstaterede styrelsen, at der på Betaniahjemmet plejehjem ikke var udarbejdet en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Behandlingsstedets ledelse oplyste under tilsynet, at de var i gang med at kompetencevurdere alle medarbejdere, og at der ville blive udarbejdet en instruks for dette.

Det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser, at instrukser er et nødvendigt arbejdsredskab til styrkelse af patientsikkerhed. Det skal overvejes, om der er et behov for instrukser, ved:

- procedurer hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patient eller personale
- procedurer hvor ansvars- og kompetenceforholdet ikke er naturligt afgrænset mellem de involverede sundhedspersoner
- procedurer, som ikke kan forventes at være alment kendt eller afviger væsentligt fra, hvad der anvendes på andre tilsvarende afdelinger

Med procedurer menes de patientrelaterede arbejdsgange og -processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje.

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.

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.

Det er således styrelsens opfattelse, at der på et behandlingssted som Betaniahjemmet Plejehjem skal være instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Styrelsen for Patientsikkerhed finder desuden anledning til at oplyse, at ledelsen – ud over udarbejdelse af instrukser – også har ansvaret for:

- At instrukserne er kendt af personalet
- At instrukserne har en sådan udformning, omfang og placering, at de er anvendelige i det daglige arbejde
- At nyansatte og vikarer introduceres til afdelingens instrukser
- At påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser

Styrelsen skal i øvrigt henlede opmærksomheden på, at der stilles visse formelle krav til instrukserne. Det er således et krav, at instrukserne løbende opdateres, at instruksen indeholder dato for ikrafttrædelse og for seneste ajourføring, og at instruksens angiver, hvem der har udarbejdet instruksens, jf. de principper der fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af sundhedsfaglige instrukser eller manglende implementering heraf rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet 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.

Betaniahjemmet Plejehjem har den 11. november 2019 indsendt en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Betaniahjemmet Plejehjem har sammen med høringssvaret af 5. december 2019 indsendt en opdateret instruks herfor, ligesom Betaniahjemmet har oplyst, at man blandt andet er i fuld gang med at kompetencescore medarbejderne for at sikre en patientsikker sygepleje på behandlingsstedet.

Styrelsen anerkender, at der nu findes en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, og at behandlingsstedet har oplyst, at man arbejder aktivt med at sikre patientsikker sygepleje. Det er dog styrelsens vurdering, at instruksens og tiltagene ikke alene på baggrund af det fremsendte kan anses for at være implementeret tilstrækkeligt.

### Konklusion

Styrelsen vurderer, som ovenfor anført, at fejlene og manglerne i forhold til medicinhåndteringen, plejen og behandling, journalføring og instrukser samlet udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder på den baggrund Betaniahjemmet Plejehjem at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementere en tilstrækkelig instruks herfor, fra dags dato.

Styrelsen for Patientsikkerhed påbyder videre Betaniahjemmet Plejehjem at sikre udarbejdelse af oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for:

- samtlige patienter i aktuel behandlingen inden den 26. december 2019, og
- ny-visiterede patienter fra dags dato.

Styrelsen påbyder desuden Betaniahjemmet Plejehjem at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder sikre dokumentation af indhentelse af informeret samtykke, fra dags dato.

Endelig påbyder Styrelsen for Patientsikkerhed Betaniahjemmet Plejehjem at sikre implementering af instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling fra dags dato.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. sundhedsloven § 272, stk. 1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

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

### **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre alle afgørelser efter sundhedslovens § 215 b. Det følger af sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. På styrelsens hjemmeside og på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) offentliggøres derfor et resumé af det endelige påbud.

Vi gør opmærksom på, at det enkelte behandlingssted også skal offentliggøre resuméet af påbuddet og tilsynsrapporten på behandlingsstedets egen hjemmeside samt gøre påbud og tilsynsrapport umiddelbart tilgængelige på selve behandlingsstedet. Det følger af § 2 i bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016 om offentliggørelse af påbud givet som led i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sygehuse, klinikker og andre behandlingssteder og § 24 i bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder mv.



### **Klagevejledning**

Man kan ikke klage over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til nogen anden administrativ myndighed, jf. sundhedsloven § 215 b, stk. 2.

Med venlig hilsen

Maria Pedersen  
Fuldmægtig, cand.jur.

Sarah Madsen  
Oversygeplejerske

### **Lovgrundlag**

Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 om sundhedsloven

§ 213. Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

§ 213 b. Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter tilsynsbesøg udført efter § 213, stk. 1 og 2, og en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynet efter § 213, stk. 2.

§ 215 b. Hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted omfattet af tilsyn efter § 213, stk. 1 eller 2, kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør afgørelser truffet efter stk. 1.

§ 272. Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 202 a, stk. 1-4, § 202 b, stk.1, eller § 213 a, stk. 1, 2 pkt., § 213 c, stk. 1, eller § 215 b, stk. 1, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af § 220, stk. 2, 3 og 7.

## Resumé til offentliggørelse

### **Betaniahjemmet Plejehjem**

*Styrelsen for Patientsikkerhed har den 19. december 2019 givet påbud til Betaniahjemmet Plejehjem om at sikre forsvarlig medicin håndtering, udarbejdelse af oversigter over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, tilstrækkelig journalføring og implementering af visse instrukser.*

- at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementere en tilstrækkelig instruks herfor, fra den 19. december 2019.
- at sikre udarbejdelse af oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for:
  - samtlige patienter i aktuel behandling inden den 26. december 2019, og
  - ny-visiterede patienter fra den 19. december 2019.
- at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder sikre dokumentation af indhentelse af informeret samtykke, fra den 19. december 2019.
- at sikre implementering af instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling fra den 19. december 2019.

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

### Begrundelse for påbuddet

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 2. september 2019 et varslet, reaktivt tilsyn med Betaniahjemmet Plejehjem. Baggrunden for tilsynet var, at Styrelsen for Patientsikkerhed den 5. august 2019 modtog en bekymringshenvendelse fra en patients pårørende, hvori det blev oplyst, at en terminal patient ikke havde fået en forsvarlig pleje og behandling i et palliativt forløb.

På baggrund af indberetningen besluttede Styrelsen for Patientsikkerhed at foretage et reaktivt tilsyn på Betaniahjemmet.

Betaniahjemmet er et selvejende plejehjem, der har driftsoverenskomst med Frederiksberg Kommune. Plejehjemmet ejes og drives af Betaniaforeningen.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der fremkom ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten, herunder journaldokumentation og medicinenemgang for tre patienter. Styrelsen har videre inddraget Betaniahjemmet Plejehjems bemærkninger af 11. november 2019.

Styrelsen har endvidere inddraget Betaniahjemmet Plejehjems partshøringssvar af 5. december 2019 i afgørelsen. I høringssvaret har Betaniahjemmet Plejehjem





blandt andet oplyst at have iværksat en række tiltag med henblik på at forbedre forholdene inden for de områder, som er omfattet af påbuddet, herunder blandt andet at have indført egenkontrol på medicinbehandling og journalføring, udarbejdet instrukser og planlagt undervisning af personale.

Styrelsen anerkendte, at Betaniahjemmet Plejehjem arbejder aktivt med, og har gjort tiltag, med henblik på at forbedre de sundhedsfaglige forhold på stedet. Det var dog styrelsens vurdering, at de indsendte beskrivelser af tiltag og instrukserne ikke udgør et tilstrækkelig grundlag for at fastslå, at de uopfyldte målepunkter nu er opfyldt, da styrelsen ikke på baggrund af det tilsendte kan vurdere, om tiltagene er tilstrækkelig implementeret og har haft den nødvendige virkning i praksis.

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

#### *Medicinbehandling*

Ved tilsynsbesøget den 2. september 2019 konstaterede styrelsen, at der i en ud af tre stikprøver var uoverensstemmelse mellem det ordinerede medicin og det, der var anført på den aktuelle medicinliste. Det fremgik ikke af medicinlisten, at en patient selv administrerede sin medicin, når personalet havde dispenseret denne, og i en stikprøve var der uoverensstemmelse mellem det administrationstidspunkt lægen havde ordineret og det administrationstidspunkt, der var anført på medicinlisten. Lægen havde ordineret, at Unikalk skulle gives kl.06.00, kl.12.00 og kl.17.00. På den lokale medicinliste var ordinationstidspunktet ændret til kl. 06.00, kl. 17.00 og kl. 22.00. Dette var ikke afstemt med lægen.

I samme stikprøve havde lægen ordineret Cymbalta 30mg – hvor der skulle være fire kapsler til natten. I dosisrullen fra apoteket lå der to kapsler af 60mg pr. styk. Det samme gjorde sig gældende med tablet Diural 40mg, som lægen havde ordineret en halv tablet af. I dosisrullen lå én tablet af 20mg. Personalet havde ikke ændret på medicinskemaet, at apoteket havde pakket en anden styrke end den oprindeligt ordinerede. Den manglende dokumentation på medicinskemaet medførte, at der ikke var overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i dosisrullerne.

I en stikprøve manglede det aktuelle handelsnavn på tre præparater. På medicinlisten var der blandt andet ordineret injektion Hydroxocobalamin, men i beholdningen fandtes injektionsvæske Vibeden. Styrelsen konstaterede desuden, at der i sygeplejedepotet var sterile instrumenter, såsom plastre, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet. I en anden stikprøve manglede der aktuell medicin i patientens medicinbeholdning. Medicinen var ikke bestilt, så der var ikke medicin til den efterfølgende dispensering. Det drejede sig om tablet Digoxin.

Styrelsen vurderede, at de ovenfor anførte fund er udtryk for manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Sundhedsstyrelsens pjece ”Korrekt håndtering af Medicin”, 2011, samt at dette udgør en væ-

sentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre at medicinbehandling sker på forsvarlig vis.

*Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, aftaler med de behandlingsansvarlige læger og sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå*  
Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at patienternes aktuelle og potentielle problemer ikke var vurderet og beskrevet. I to ud af tre stikprøver var problemområderne vurderet til ikke at være relevante, eller slet ikke vurderet, på trods af, at patienterne var i behandling for kroniske sygdomme relateret til problemområderne.

Eksempelvis var der hos en patient med en mangeårig problematik med kroniske smerter ingen beskrivelse af smerternes karakter og lokalisation, hvilket vanskeliggjorde personalets observationer og vurdering af effekten af den smertestillende behandling. Hos en patient med kronisk lungesygdom og meget lille lungekapacitet sås ingen beskrivelse af patientens symptomer, når sygdommen var velbehandlet eller ved oplussen af sygdommen. Desuden var områderne *søvn* og *hvile* ikke beskrevet.

Styrelsen konstaterede videre, at der i tre ud af tre stikprøver ikke var en samlet oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, ligesom aftaler med de behandlingsansvarlige læger ikke fremgik af journalerne i tre ud af tre stikprøver.

På baggrund af de oplysninger, der fremkom i forbindelse med gennemgangen af journalerne, må styrelsen lægge til grund, at den manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemområder, og oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlige læger, ikke kan henføres til manglende journalføring, men i betydeligt omfang må tages som udtryk for, at der ikke foretages sådanne grundlæggende vurderinger og opfølgning herpå.

Det er styrelsens opfattelse, at stillingtagen til disse forhold 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 iværksættes.

Der er videre styrelsens opfattelse, at manglende aktuelle vurderinger af de sygeplejefaglige problemområder også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem, og deraf afledt manglende relevant pleje og behandling af patienten eller forsinkelse heraf.

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at dokumentationen i tre ud af tre stikprøver ikke var overskuelig og systematisk, og personalet havde derfor vanskeligheder ved at orientere sig heri og få et samlet overblik over patienternes helbredsmæssige situation.

I behandlingsstedets journalsystem, Fælles Sprog 3, bestod den aktuelle beskrivelse af pleje og behandling af helbredstilstande, som skal relateres til handlinger og mål og hertil skal observationerne relateres. Personalet fik ikke altid relateret de forskellige dele i journalen til hinanden, hvilket medførte manglende overblik over opfølgning og evaluering af den givne pleje og behandling. Opfølgning og evaluering kunne dog for det meste findes i observationer, som fremstod som fortløbende journalnotater. Herudover forelå oplysninger fra indflytningssamtale, eksempelvis samtykke til medicinbehandling på papir, men der var ingen krydshenvisning hertil i den elektroniske journal.

Styrelsen konstaterede videre, at der i to ud af tre stikprøver manglede systematiske beskrivelser af pleje og behandling vedrørende de sygeplejefaglige opgaver. Eksempelvis sås hos en patient med insulinkrævende diabetes, og periodevis behov for hurtigtvirkende insulin, en manglende systematik vedrørende dokumentationen af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Hos en anden patient manglede der en beskrivelse af opfølgningen på en korrespondancemeddelelse, hvori ændring af behandling hos en patient med en kronisk lungesygdom blev ordineret. Patienten havde et forstøverapparat stående i boligen, men det var uklart for personalet, om det skulle tages i brug, og det kunne ikke umiddelbart identificeres, om der lå tilhørende ordinationer i FMK.

Under tilsynet kunne personalet mundtligt redegøre for den iværksatte pleje og behandling, men dette var ikke journalført. På den baggrund har styrelsen lagt til grund, at de manglende beskrivelser af iværksat pleje og behandling samt opfølgning og evaluering primært kan henføres til manglende journalføring.

Det er blandt andet styrelsens vurdering, at den mangelfulde journalføring og manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på institutionen og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Herudover fremgik det ikke af journalerne, om patienterne havde givet informeret samtykke forud for kontakt til egen læge og før opstart af behandling. Personalet redegjorde dog under tilsynet for, at der altid blev indhentet et informeret samtykke, men at dette ikke blev dokumenteret i journalen. Patienternes evne til at give samtykke var vurderet og beskrevet i journalerne.

Styrelsen har på den baggrund lagt til grund, at der blev indhentet et informeret samtykke til behandling, men at dette ikke blev journalført.



Det er styrelsens vurdering, at den utilstrækkelige journalføring af indhentelse af informeret samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke er klart, og det derved ikke er sikret, at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

Det er styrelsens vurdering, at de i tilsynsrapporten beskrevne mangler i form af ufyldstgørende og usystematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden.

#### *Instrukser*

Styrelsen konstaterede, at der på Betaniahjemmet Plejehjem ikke var udarbejdet en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Behandlingsstedets ledelse oplyste under tilsynet, at de var i gang med at kompetencevurdere alle medarbejdere, og at der ville blive udarbejdet en instruks for dette.

Styrelsen konstaterede desuden, at der var udarbejdet en skriftlig instruks for medicinhåndteringen, men instruksens manglede en beskrivelse af håndtering af risikosituationslægemidler, selvom Betaniahjemmet doserede og administrerede risikosituationslægemidler.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af sundhedsfaglige instrukser eller manglende implementering heraf rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unkladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

#### Konklusion

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at fejlene og manglerne i relation til medicinhåndtering, plejen, journalføring og instrukser samlet set udgør problemer af større betydning for patientsikkerheden.