



Tilsynsrapport Plejehjemmet Rønshave, Aabenraa Kommune

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn
Insulintilsyn

Plejehjemmet Rønshave, Aabenraa Kommune
Padborgvej 20A
6330 Padborg

CVR- nummer: 29189854 **P-nummer:** 1003322156 **SOR-ID:** 1014431000016008

Dato for tilsynsbesøget: 04-05-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-12507

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Vi afslutter tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **04-05-2023** vurderet, at der på **Plejhjemmet Rønshave, Aabenraa Kommune** er

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang, samt gennemgang af medicin i forhold til insulin ved det aktuelle tilsyn.

Vi vurderede, at behandlingsstedet sundhedsfagligt var velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik. Vi har lagt vægt på, at målepunkterne for behandlingsstedets instrukser var opfyldt.

Sundhedsfaglig journalføring

Vi fandt mangler i journalerne vedrørende beskrivelse af pleje og behandling. Personalet kunne redegøre for, hvilke overvejelser der var gjort, og for hvordan plejen skulle vurderes og følges op på.

Vi fandt en enkeltstående mangel i medicinhåndteringen. Personalet redegjorde for normal praksis i henhold til instruks.

Vi vurderer, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på problemerne ud fra den rådgivning, der er givet.

Vi vurderer derfor, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
2.	Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af aktuelle problemer, risici og plan for pleje og behandling af patienter med insulinkrævende diabetes	Behandlingsstedet skal sikre, at der er en opdateret plan for patientens aktuelle pleje og behandling af insulinkrævende diabetes.
6.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende insulinhåndtering	Behandlingsstedet skal sikre, at insulin er mærket med patientens navn og personnummer.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge om patienters behandling med insulin</u>	X			

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af aktuelle problemer, risici og plan for pleje og behandling af patienter med insulinkrævende diabetes</u>		X		Ved en borger med diabetessår manglede en beskrivelse af, hvilke observationer personalet skulle være opmærksomme på i forbindelse med pleje og behandling af såret. Personalet redegjorde for hvilke observationer, personalet skulle være opmærksomme på. Videre redegjorde personalet for at behandlingsansvarlig læge var orienteret om såret, og fulgte op på dette ved ugentlig besøg på plejehjemmet. Ved en anden borger med insulinkrævende diabetes var der ordineret Glukagon i forbindelse med behandlingen. På den aktuelle medicinliste var der i feltet "Indikation" henvist til en anvisning om, i hvilke tilfælde, der skulle gives glucagon. Denne anvisning kunne ikke genfindes. Personalet redegjorde for i hvilke tilfælde Glukagon skulle anvendes.
3.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer, risici og plan for pleje og behandling af patienter med insulinkrævende diabetes</u>	X			

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	<u>Gennemgang af medicininstruks for håndtering af insulin</u>	X			
5.	<u>Interview om arbejdsgange for håndtering af insulin</u>	X			
6.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende insulinhåndtering</u>		X		Ved en patient manglede mærkat med patientens navn og anbrudsdato. Personalet redegjorde for, at normal procedure ifølge instruks var at sætte label på insulinpen i brug. En label med navn og personnummer blev påsat i forbindelse med tilsynet.

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>				

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Behandlingsstedet var plejhjemmet Rønshave i Aabenraa kommune
- Den daglige ledelse bestod af Dorte Soll
- Aktuelt var der 38 beboere, hvoraf to havde insulinkrævende diabetes.
- Der var ansat halvanden sygeplejerskestilling i dagvagt, 13 social- og sundhedsassistenter i fordelt på alle vagter, social- og sundhedshjælpere, en sygehjælper, tre ufaglærte, ufaglærte timelønnede afløsere og sygeplejestuderende.
- I aften og nattevagt var der mulighed for at anvende akutsygeplejen i Aabenraa kommune
- Ingen brug af vikarer
- Ingen vakante stillinger
- Lokal praktiserende læge var behandlingsansvarlig for næsten samtlige beboere, og havde en ugentlig konsultationsdag. Praxis for at vurderinger og handlingsanvisning fra læge blev journalført i fællesskab med læge.
- Sygeplejefaglige vurderinger og beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evalueringer blev journalført i tværfaglige teams på behandlingsstedet.
- Dokumentationssystemet var Nexus

Begrundelse for tilsyn

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

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for insulin-område 2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instruks.
- Der blev gennemgået to journaler, som var udvalgt på forhånd
- Der blev gennemgået medicin i forhold til insulin for to borgere

Ved tilsynet deltog og som efterfølgende modtog afsluttende opsamling på tilsynets fund.

- Dorte Soll, driftsleder
- En social- og sundhedsassistent
- En sundhedsfaglig konsulent fra Aabenraa kommune.

Tilsynet blev foretaget af:

- Sidsel Rohde, fysioterapeut
- Kent Østermark Jensen, oversygeplejerske
- Signe Rolkskov Bojsen, uddannelseslæge

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge om patienters behandling med insulin

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets procedurer for samarbejde med behandlingsansvarlig læge for insulinbehandling.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

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

Ved interview af personale skal det fremgå:

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

Faglige fokuspunkter

2. Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af aktuelle problemer, risici og plan for pleje og behandling af patienter med insulinkrævende diabetes

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for vurdering af patientens aktuelle problemer, risici og plan for behandling af patienter med insulinkrævende diabetes.

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at patientens aktuelle problemer og risici ved insulinkrævende diabetes er identificeret og vurderet med udgangspunkt i 12 sygeplejefaglige problemområder fx forebyggelse, komplikationer og senfølger
- at der er en opdateret plan for pleje og behandling af patientens insulinkrævende behandling.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

3. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer, risici og plan for pleje og behandling af patienter med insulinkrævende diabetes

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets praksis for vurdering af aktuelle problemer, risici og plan for pleje og behandling af patienter med insulinkrævende diabetes.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at der løbende foretages en vurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved insulinkrævende diabetes med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder fx forebyggelse, komplikationer og senfølger
- at der er lagt en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici, der vedrører patientens insulinbehandling
- at planen for pleje og behandling af patientens insulinbehandling er evalueret og opdateret ved ændringer.

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

Medicinhåndtering

4. Gennemgang af medicininstruks for håndtering af insulin

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets medicininstruks for håndtering af insulin.

Ved gennemgang af medicininstruksen skal det fremgå:

- hvilket ansvar og hvilke kompetencer personalet skal have for at varetage håndtering af insulin
- hvilke risikosituationer personalet skal være opmærksom på ved håndtering af insulin, fx:
 - behandling hvor insulindosis er afhængig af blodsukkerværdi
 - forveksling af langsomt- og hurtigtvirkende insulin til samme patient
 - afvigelser i patientens tilstand, som har indflydelse på blodsukkerværdier
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for samarbejde med den behandlingsansvarlige læge vedrørende behandling med insulin fx:
 - referenceværdier for behandling med insulin af for lavt, normalt og forhøjet blodsukker
 - fastsættelse af hyppighed og rammer for måling af blodsukkerværdier
 - arbejdsgangen for personalet, når lægen ordinerer insulin i Fælles Medicin Kort (FMK).

Referencer:

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

5. Interview om arbejdsgange for håndtering af insulin

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets praksis ved insulinhåndtering.

Ved interview af ledelsen/sundhedspersonalet skal det fremgå:

- at personalet har de fornødne kompetencer og kender deres ansvar i forbindelse med håndtering af insulin
- at personalet kender og anvender instruksen for håndtering af insulin
 - at personalet har kendskab til risikosituationer forbundet med håndtering af insulin
- at personalet samarbejder med den behandlingsansvarlige læge om patientens insulinbehandling
 - at personalet følger ordinationer vedrørende blodsuktermåling og referenceværdier for dosering af insulin
 - at personalet ved, hvornår de skal kontakte den behandlingsansvarlige læge
 - at insulinordinationen i den lokale medicinliste er i overensstemmelse med FMK.

Referencer:

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

6. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende insulinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig insulinhåndtering og korrekt opbevaring af insulin.

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og medicinlister vurderes det, om håndtering og opbevaring af insulin opfylder følgende:

- Den ordinerede insulin findes i patientens medicinbeholdning.
- Insulinen opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients insulin opbevares adskilt fra andre patients medicin.
- Aktuell anvendt insulin opbevares adskilt fra insulin, der aktuelt ikke anvendes.
- Insulin mærkes med patientens navn, personnummer og anbrudsdato.

- Holdbarhedsdatoen på patienternes insulin og opbevarede sterile produkter til brug ved insulininjektion ikke er overskredet.
- Insulinordinationen i den lokale medicinliste er i overensstemmelse med FMK.
- Insulinets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret insulin (ikke-dispenserbar medicin) og hvornår.

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

Øvrige fund

7. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

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

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁷. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁸.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

⁹ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

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

¹¹ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

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

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1