



**Sammenfatning af
nævnets praksis
vedrørende**

**Medicinhåndtering i sygeplejen
2009-2012**

**Patientombuddet, Sekretariatet for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn
November 2012**

Fuldmægtig cand.jur. Iwona Teresa Wozninska
Specialkonsulent, cand.jur. Nina Aksig Nørland
Specialkonsulent, cand. jur. Katrine Bosmann Ridstrøm

Indholdsfortegnelse

1. Forord	5
2. Indledning	6
2.1 Afgørelser som sammenfatningen er baseret på	6
2.2 Betegnelser anvendt i sammenfatningen	7
3. Beskrivelse af retsgrundlag.....	8
4. Medicinhåndtering i sygeplejen.....	10
4.1 Udvalgte emner om medicinhåndtering	10
5. Pligt til at sige fra og pligt til at undersøge nærmere.....	11
5.1 Pligt til at sige fra ved manglende forståelse af en ordination og ved manglende kompetence	11
5.2 Pligt til at sige fra og undersøge ved mistanke om fejl.....	12
6. Identifikation af patient	15
6.1 Hvem skal sikre identifikation af patienten?	15
6.2 Hvornår skal der ske identifikation?	16
6.3 Hvordan foretages korrekt identifikation?	17
6.3.1 Habile, voksne patienter	17
6.3.2 Inhabile patienter, herunder børn.....	17
6.3.3 Ved dispensering af medicin	18
6.3.4 Ved administration af medicin.....	18
6.4 Mærkning	18
6.5 Afgørelser.....	18
7. Korrekt lægemiddel.....	20
7.1 Hvordan sikres korrekt identifikation af lægemiddel	20
8. Korrekt dosis.....	23
8.1 Kontrol af ordineret dosis	23
8.2 Afgørelser om manglende kontrol af ordineret dosis.....	24
8.3 Pligt til at forholde sig til ordineret dosis og pligt til at undersøge ved tvivl.....	26
8.4 Udregning af dosis.....	29
8.5 Håndtering af medicin til børn	30
9. Korrekt administrationsmåde.....	32
9.1 Hvem skal sikre korrekt administrationsmåde	35

10. Korrekt administrationstidspunkt	37
10.1 Faste intervaller eller i forhold til måltider	37
10.2 Rammerne for tidspunktet for medicinadministration.....	38
10.3 Pligt til at reagere hvis medicinen ikke er givet på det ordinerede tidspunkt ..	40
11. Plejepersoner som medhjælp og manglende ordination.....	41
11.1 Håndkøbsmedicin.....	42
11.2 Livreddende medicinering	42
11.3 Afgørelser	42
11.4 Vurdering af patienten forud for medicingivning.....	44
12. Manglende medicinering	46
12.1 Medicinen skal gives i overensstemmelse med ordinationen	46
12.2 Hvis lægemidlet ikke er der, når medicinen skal dispenseres	47
12.3 Når observationer giver anledning til tvivl om ordinationen	50
12.4 Når observationer tyder på, at patienten mangler sin medicin	50
13. Pligter ved konstatering af fejlmedicinering	53
14. Medicinhåndtering med flere involverede og delegation	55
14.1 Medicinhåndtering med flere involverede plejepersoner	55
14.2 Plejepersoners konkrete delegation til andre plejepersoner	57
15. Ledelsens ansvar.....	59
15.1 Ansvar for hvad	59
15.2 Særligt for hjemmesygeplejen og plejeboliger m.v.	59
15.3 Særligt for sygehuse - afdelingsinstrukser	60
15.4 Vurderingen af ledelsen	60
15.5 Hvornår vurderes ledelsens ansvar	61
15.6 Afgørelser	61
16. Patienters selvbestemmelsesret og selvadministration af medicin	64
16.1 Selvbestemmelsesret vedrørende medicin.....	64
16.1.1 Habile voksne personers selvbestemmelse	64
16.1.2 Varigt inhabile personers selvbestemmelse.....	66
16.1.3 Information og inddragelse af inhabile personer	66
16.1.4 Afvisning af medicin – både habile og inhabile personer	67
16.2 Selvadministration	68

16.2.1 Vejledning af patienten i forbindelse med selvadministration	69
16.2.2 Vurderingen af forsvarlighed af selvadministration.....	69
16.2.3 Selvadministration ved hjælp af pårørende.....	70
17. Vurderingen af sager om fejlmedicinering	71
17.1 Nævnets reaktionsmuligheder	71
17.2 En konkret vurdering.....	71
17.3 Nævnets praksis i afgørelser om fejlmedicinering.....	72
17.4 Forhold der kræver udvisning af særlig opmærksomhed	72
18. Sagsoversigt	74

1. Forord

Med denne sammenfatning offentliggør Patientombuddet, som sekretariat for Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, en gennemgang af det tidligere Patientklagenævns og det nuværende Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns praksis i klage- og indberetningssager om udvalgte emner inden for medicinhåndtering i sygeplejen.

Læring tilbage til sundhedsvæsenet er en af de vigtige opgaver, Patientombuddet skal varetage. Denne sammenfatning er et led heri. Den gennemgår nogle af de pligter og det ansvar, personer har i forbindelse med medicinhåndtering i forskellige situationer.

Sammenfatningens pointer er illustreret ved konkrete afgørelseseksempler. De vil forhåbentlig bidrage til at sætte fokus på personers ansvar, og på hvordan lignende fejl kan forebygges.

Det er således mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektorens arbejde med forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på Patientombuddets hjemmeside www.patientombuddet.dk og vil blive ajourført og udbygget efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til Patientombuddet@patientombuddet.dk.

Steffen Egesborg Hansen
Direktør

2. Indledning

Medicinhåndtering er en vigtig del af plejepersoners behandling af patienter. Medicinhåndtering i sygeplejen er til stadighed et aktuelt emne. Der sker hvert år medicineringsfejl i sygeplejen af mange forskellige årsager, og Patientombuddet modtager en del klager over medicinhåndtering foretaget af personer på både sygehuse, i hjemmesygeplejen og på plejehjem.

Det er væsentligt for patientsikkerheden og udviklingen af kvalitet i behandlingen, at der fortsat sættes fokus på personers pligter og ansvar i forbindelse med medicinhåndtering i forskellige situationer. Samtidig er det vigtigt at udbrede kendskabet til patienters ret til selvbestemmelse i forhold til medicinering, således at det bliver klart, hvad der kræves af plejepersoner i forhold til korrekt medicinhåndtering.

Formålet med denne sammenfatning af nævnets praksis med en række konkrete afgørelseseksempler er således at uddybe og eksemplificere, hvad plejepersoners pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed indebærer i forskellige medicineringssituationer.

2.1 Afgørelser som sammenfatningen er baseret på

Sammenfatningen er baseret på afgørelser truffet inden for de seneste 3 år af det tidligere Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og af det nuværende Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, der har afløst Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Sammenfatningen er således udtryk for gældende praksis. Der er gennemgået omkring 200 afgørelser om medicinhåndtering i sygeplejen, og der er refereret 51 afgørelser i sammenfatningen. De refererede afgørelser kan læses i deres fulde længde i anonymiseret form via et link, der fremgår ved afgørelsesreferatet samt af sagslisten bagerst i sammenfatningen.

Afgørelserne vedrører plejepersoners medicinhåndtering på både sygehuse, plejehjem og i hjemmesygeplejen. Afgørelserne er truffet på baggrund af blandt andet sygeplejesagkyndige konsulents vurderinger af de sundhedsfaglige spørgsmål i sagerne.

De afgørelser, der er refereret, er valgt ud fra deres indhold og nuancer i beskrivelsen af kravene til omhu og samvittighedsfuldhed. Mange af de udvalgte afgørelser er afgjort af nævnet med kritik og indskærpelser om at udvise større omhu og samvittighedsfuldhed. Dette er til dels begrundet i, at mange fejlmedicineringssager udløser kritik med indskærpelse, jf. afsnit 17. Den gennemsnitlige kritikprocent for samtlige af nævnets afgørelser har i de seneste år ligget på mellem 19-29 procent. Udfaldet af afgørelserne i denne sammenfatning af nævnets praksis er derfor ikke udtryk for nævnets generelle kritikprocent.

2.2 Betegnelser anvendt i sammenfatningen

I sammenfatningen anvendes betegnelsen "patient" om alle personer, der modtager medicin. Betegnelsen patient bliver således anvendt, uanset om personerne modtager medicin i eget hjem af hjemmesygeplejen eller på plejehjem, hvor man ofte bruger betegnelserne "borger" eller "beboer".

I sammenfatningen anvendes endvidere betegnelsen "plejeperson" som en bred betegnelse for de forskellige faggrupper såsom eksempelvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og plejehjemsassistenter, der kan varetage medicinhåndtering på sygehuse, i hjemmesygeplejen og på plejehjem. Det bemærkes, at Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn ikke har kompetence til at vurdere social- og sundhedshjælpere og personer uden sundhedsfaglig uddannelse.

Betegnelsen "medicinhåndtering" dækker over alle procedurer, som plejepersoner foretager med medicin.

3. Beskrivelse af retsgrundlag

De plejepersoner, som er omfattet af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns kompetence, er i medfør af blandt andet autorisationslovens § 17 forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelse af deres gerning. Det betyder, at den enkelte sundhedsperson er forpligtet til at udføre sit arbejde i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard inden for sit område.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn vurderer, om plejepersonen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Denne standard kan ændre sig over tid og sted, og der er tale om en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde. Nævnet ser på, hvad plejepersonen vidste eller burde have vidst på det tidspunkt, hvor behandlingen blev foretaget. Hvis plejepersonen har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, udtaler nævnet kritik.

Det nærmere indhold af pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed udfyldes blandt andet af en række vejledninger, som Sundhedsstyrelsen har udstedt for at præcisere plejepersoners pligter.

Vejledningerne kan være udarbejdet særligt til komplekse organisationer såsom sygehuse, eller med primært sigte på plejehjemssektoren, men vejledningernes grundlæggende principper bør iagttages af alle plejepersoner. Nævnet inddrager vejledningerne i vurderingen af, om en plejeperson har handlet med omhu og samvittighedsfuldhed ved sin håndtering af medicin til en patient.

Følgende lovbekendtgørelser og vejledninger er relevante for normen for almindelig anerkendt faglig standard vedrørende medicin håndtering i sygeplejen:

- Autorisationsloven, lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011
<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=138178>
- Sundhedsloven, lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>
- Vejledning nr. 60258 af 1. maj 1998 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21100>
- Vejledning nr. 9429 af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10311>
- Vejledning nr. 10409 af 20. december 2007 om patienters/beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=115559>
- Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10045>

- Vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11351>
- Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129042>
- Vejledning 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064>

4. Medicinhåndtering i sygeplejen

Sammenfatningen er ikke opdelt i henholdsvis en del for sygehuse og andre dele for plejehjem og hjemmesygepleje. Det skyldes, at mange pligter er ens og generelt gældende for alle plejepersoner, der foretager medicinhåndtering. Der er selvfølgelig særlige forhold, der gør sig gældende for medicinhåndteringssituationer på henholdsvis sygehuse, plejehjem og i hjemmeplejen, og de er medtaget i sammenfatningen i et vist omfang.

4.1 Udvalgte emner om medicinhåndtering

Medicinhåndtering kan ske på mange forskellige måder, der er mange elementer i en medicineringsproces, og der gælder mange særlige forhold for bestemte patientgrupper og for bestemte former for medicin og medicinhåndtering.

Det er mange forskellige faggrupper med forskellige uddannelser og erfaring, der varetager medicinhåndtering af patienter. Det er lokalt bestemt, hvilke faggrupper eller plejepersoner der varetager de forskellige medicineringsopgaver, således at mere kompliceret medicinering ofte varetages af særligt kompetente og instruerede plejepersoner.

Det har været nødvendigt at udvælge, hvilke emner inden for medicinhåndtering i sygeplejen, der skulle omfattes af denne sammenfatning.

Emnerne er i hovedtræk plejepersoners pligt til at sige fra og pligt til at undersøge nærmere ved tvivl om medicinering, sikring af korrekt medicinhåndtering i forhold til korrekt patient, lægemiddel, dosis, administrationstidspunkt og -måde, samt manglende medicinering, og patienters selvbestemmelsesret vedrørende medicin og patienters selvadministration af medicin.

Disse emner er udvalgt, fordi de har relevans for plejepersoners medicinhåndtering i hverdagen. Der sker en del fejl på de udvalgte emneområder, og der er følgelig mange klager vedrørende disse emner. Der er derfor også mange afgørelser, der uddyber plejepersoners pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed i disse situationer.

Emnerne vurderes at være relevante for alle plejepersoner, der foretager medicinhåndtering, og deres ledere på sygehuse, på plejehjem og i hjemmesygeplejen.

Der er ikke i denne sammenfatning fokus på lægers ansvar vedrørende medicinering. Af denne årsag er der ikke i referaterne af afgørelserne angivet nævnenes vurderinger af eventuelt involverede læger.

5. Pligt til at sige fra og pligt til at undersøge nærmere

5.1 Pligt til at sige fra ved manglende forståelse af en ordination og ved manglende kompetence

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler pkt. 3.4.1, at hvis en plejeperson ikke opfatter en medicinordination entydigt, skal den pågældende gøre opmærksom herpå og i givet fald frasige sig opgaven.

Endvidere fremgår det af vejledningen, at hvis en plejeperson ikke mener sig i stand til at varetage medicingivningen forsvarligt, herunder sikre nødvendig observation, skal den pågældende ligeledes frasige sig opgaven.

Følgende to afgørelser viser, at det kan være en alvorlig fejl, at en plejeperson ikke henter hjælp eller frasiger sig en opgave, som man ikke mener sig i stand til at udføre forsvarligt på grund af manglende erfaring, eller fordi man ikke har de fornødne oplysninger eller hjælpemidler til at kunne varetage opgaven forsvarligt. Endvidere viser den første afgørelse, at det ikke var en formildende omstændighed, at der var travlt. Nævnets praksis er, at en plejeperson har pligt til at skabe sig den ro, der kræves for at kunne foretage forsvarlig medicin håndtering - ellers må personen frasige sig opgaven. Der kan dog undtagelsesvist være tale om helt særlige omstændigheder i en akut situation, der kan bevirke en konkret mildere bedømmelse af situationen.

Afgørelse 1 Pligt til at spørge om hjælp [1080904P](#)

En sygeplejerske gav ved en fejl en patient 10 ml Oxynorm á 10 mg/ml i stedet for 1 ml Oxynorm á 10 mg/ml. Efter opdagelsen af fejlen kontaktede hun straks en læge. Sygeplejersken oplyste til sagen, at hun på det pågældende tidspunkt var optaget af mange forskellige opgaver, da der var meget travlt på afdelingen. Hun var endvidere stadig under oplæring og påtog sig i den konkrete situation flere opgaver, end hun havde overblik til.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at sygeplejersken på trods af travlheden burde have været mere opmærksom på doseringen af morfin til patienten og eventuelt have gjort brug af muligheden for at få hjælp fra en kollega til at dobbelttjekke, at doseringen var korrekt. Nævnet fandt endvidere, at det ved manglende eller ringe erfaring er så meget desto vigtigere at gøre brug af muligheden for at tilkalde hjælp til at sikre, at den rette patient får den rette dosis medicin.

Afgørelse 2 Pligt til at sige fra ved manglende kompetence [1084615P](#)

En social- og sundhedsassistent i hjemmesygeplejen skulle dosere lægemidlet Methotrexat, der er cellegift mod leddegigt, til en patient. Social- og sundhedsassistenten kendte ikke lægemidlet Methotrexat, men hun kunne se, at det var mod gigt. På det tidspunkt havde hun ikke fået udleveret den grønne medicin håndbog, som social- og sundhedsassistenterne normalt fik udleveret. Der var ordineret Methotrexat 4 tabletter á 2,5 mg til indtagelse én gang ugentligt.

Social- og sundhedsassistenten angav ved sin udfærdigelse af medicinskema fejlagtigt, at Methotrexat 4 x 2,5 mg skulle gives dagligt. Hun kunne ikke huske, hvorfra hun havde lægens ordination. Ifølge en tidligere udarbejdet medicinoversigt, som var udateret og usigneret udarbejdet af en ukendt sundhedsperson, havde patienten i en periode forud for social- og sundhedsassistentens udfærdigelse af medicinskema ved en fejl fået lægemidlet Methotrexat, 4 tabletter á 2,5 mg dagligt.

Patientklagenævnet udtalte kritik med indskærpelse om at social- og sundhedsassistenten udviste større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet oplyste, at en social- og sundhedsassistent har pligt til at sige fra over for opgaver, som den pågældende finder ligger uden for den pågældendes kompetence eller over for opgaver, som den pågældende endnu ikke er introduceret til.

Det var Patientklagenævnets vurdering, at social- og sundhedsassistenten ikke burde have udfærdiget medicinliste og udført dosering, når hun ikke havde kendskab til lægemidlet, og når hun ikke havde fået udleveret de fornødne redskaber til at håndtere opgaven korrekt.

(Afgørelsen omtales tillige i afsnit 8.2.)

5.2 Pligt til at sige fra og undersøge ved mistanke om fejl

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, at en plejeperson har pligt til at sige fra, hvis den pågældende får mistanke om fejl eller andre misforståelser. Plejepersonen skal endvidere meddele lægen relevante observationer.

En plejepersons pligt til at forholde sig til den ordinerede dosis er beskrevet i afsnit 8.1.

Følgende afgørelser er eksempler på, at en plejeperson bliver gjort opmærksom på eller selv studser over forhold, der giver mistanke om fejl vedrørende

medicin håndteringen, men ikke på tilstrækkelig vis undersøger, om medicin håndteringen er korrekt.

Den første afgørelse viser, at en plejeperson har pligt til at sige fra og aktivt forhindre en anden plejepersons fejlagtige medicin håndtering. Den anden afgørelse viser, at en plejeperson bør undersøge en mistanke om fejl ved medicineringen. En plejeperson har et selvstændigt ansvar for at reagere på og afklare en mistanke om fejl ved medicineringen.

Afgørelse 3 Pligt til at forhindre medicinering uden ordination

[1188005P](#)

Sundhedsstyrelsen indberettede en sag til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn om en social- og sundhedsassistents manglende reaktion på en sygeplejerskes øgning af morfin uden lægeordination.

En sygeplejerske øgede en plejehjemsbeboers morfindosis med 90 mg Contalgin uden lægelig ordination. Beboeren var lige udskrevet fra sygehus, hvor hun var indlagt med vejrtrækningsbesvær. Sygeplejersken øgede selv dosis morfin i forhold til det ordinerede, så beboeren fik det samme som før indlæggelsen. Sygeplejersken havde den dag forgæves forsøgt telefonisk at kontakte lægen, og øgede beboerens morfindosis, idet hun regnede med, at lægen efterfølgende ville godkende det. Sygeplejersken orienterede den social- og sundhedsassistent, som skulle afløse hende, om dette. Ændringen af medicinen blev ikke journalført, og det gamle medicinskema var lagt foran det nye medicinskema. Beboeren blev samme aften ukontaktbar med sparsom respiration og måtte indlægges med morfinforgiftning.

Disciplinærnævnet udtalte kritik med indskærpelse om, at social- og sundhedsassistenten skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at social- og sundhedsassistenten burde have forhindret, at beboeren fik den ikke ordinerede øgning af morfinpræparatet, da hun var vidende om, at øgningen var foretaget uden lægelig ordination, og at der var tale om morfin til en svækket beboer med vejrtrækningsbesvær. Nævnet fandt, at social- og sundhedsassistenten burde have sørget for, at der blev taget kontakt til en læge for at få ordinationen afklaret. Social- og sundhedsassistenten burde ligeledes have dokumenteret det af sygeplejersken tidligere oplyste hændelsesforløb samt sikret, at det var et korrekt medicinskema, der lå hos beboeren. Sygeplejerskens handlinger var ikke indberettet af Sundhedsstyrelsen i denne sag, hvorfor der ikke kunne tages stilling til dette i sagen.

Afgørelse 4 Undersøgelse ved tvivl [1083014P](#)

En patient gjorde opmærksom på, at infusionsposen med intravenøs jern var større end normalt. Sygeplejersken spurgte derefter lægen, der bekræftede, at dosis var korrekt. Sygeplejersken undersøgte det endvidere på hjemmesiden www.medicin.dk og fandt, at oplysningerne her stemte med den infusionsdosis, der var fundet frem til patienten.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet vurderede, at sygeplejersken på hjemmesiden www.medicin.dk burde have set, at infusionsposens dosis indeholdt det dobbelte af, hvad man maksimalt giver.

Afgørelse 5 Manglende undersøgelse ved uoverensstemmelser [1293703P](#)

En patient fik ved udskrivelse fra sygehus udleveret den rette medicin i æsker til indtagelse de følgende tre dage i hjemmet, men patienten fik udleveret en anden patients medicinliste. De pårørende til patienten ringede to gange samme dag til sygehuset med oplysning om uoverensstemmelser mellem den medgivne medicin og medicinlisten og med oplysning om, at patienten havde fået et astmaanfald. En social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske oplyste de pårørende om, at patienten ikke skulle indtage mere af den medgivne medicin men tage medicin fra patientens eget hjem i stedet. På dette tidspunkt vidste plejepersonerne ikke, om den medgivne medicin var korrekt, men de fandt ud af, at medicinlisten ikke var korrekt, hvorefter der blev sendt en ny medicinliste med posten.

Patienten fik samme aften hjertestop og afgik ved døden.

Disciplinærnævnet udtalte kritik af sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten med indskærpelser til dem begge om, at de skulle udvise større omhu i deres fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at de ikke gjorde noget for at sikre, at den nyligt udskrevne patient havde fået medgivet den rigtige medicin, og at der ikke blev spurgt ind til, om patienten havde indtaget noget af medicinen eller til hendes tilstand, ligesom der ikke blev givet mulighed for, at familien kunne komme ind på afdelingen og få den rigtige medicin. Endvidere lagde nævnet vægt på, social- og sundhedsassistenten og sygeplejersken ved mistanke om fejlen kunne have rådført sig i det elektroniske medicinsystem, have fremfundet patientens journal eller have rådført sig med en læge.

6. Identifikation af patient

Det er afgørende for patientsikkerheden, at medicin udleveres til den rigtige patient, da det kan være forbundet med stor helbredsrisiko, hvis en patient får en anden patients medicin.

Der er i 1998 udarbejdet en vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forveksling i sundhedsvæsenet, der beskriver hvilke procedurer, der bør iagttages af sundhedspersoner, for at der sikres korrekt identifikation af patienter.

Det er afdelingsledelsens ansvar, at der foreligger en instruks om sikring af korrekt identifikation af patienter. Instruksen skal blandt andet indskærpe, at enhver tvivl om personidentitet eller tvivl om, hvorvidt oplysninger er overensstemmende, entydige og fuldstændige, skal føre til kontrol eller efterprøvning, inden ordinationen eller rekvisitionen udføres. En instruks for identifikation skal definere

- hvilke kriterier, der er nødvendige for korrekt identifikation,
- hvilken procedure og hvilke metoder der skal anvendes,
- hvornår identifikationsproceduren skal gennemføres,
- og hvem der har ansvar for, at identifikationen bliver foretaget.

Nedenfor gennemgås i hovedtræk, **hvem** der skal foretage identifikation af patienter, **hvornår** identifikation skal foretages, og **hvordan** korrekt identifikation foretages. For en fuldstændig gennemgang af alle detaljer omkring identifikation henvises der til vejledningen.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn/Patientklagenævnet har haft lejlighed til at træffe afgørelse i en del sager vedrørende utilstrækkelig identifikation af patienter i forbindelse med medicin håndtering. Eksempler fra nævnets praksis illustrerer under hvert punkt nogle af de pligter og det ansvar, som plejepersoner har vedrørende identifikation af patienter.

6.1 Hvem skal sikre identifikation af patienten?

Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forveksling i sundhedsvæsenet, at den sundhedsperson, der udfører en patientrettet procedure, har et selvstændigt ansvar for korrekt identifikation. Når der samtidigt udføres flere procedurer af forskellige sundhedspersoner, har hver især et udelt ansvar. Det indebærer for eksempel, at både den, der dispenserer medicin i medicinrummet, og den, der udleverer medicinen til patienten, hver har et selvstændigt ansvar for at sikre patientens identitet og for entydig kontrol af oplysninger, de benytter sig af.

Dette betyder, at såfremt der er flere plejepersoner involveret i en medicin håndtering, for eksempel hvor den ene for eksempel har doseret medicinen, og en anden uddeler

medicinen til patienten, har de hver især et selvstændigt ansvar for at have identificeret patienten korrekt.

Følgende afgørelse truffet af Patientklagenævnet er et eksempel på, at hver sundhedsperson, der foretager en handling rettet mod en patient, har et selvstændigt ansvar for at foretage korrekt identifikation af patienten. Afgørelsen er tillige et eksempel på, at den sundhedsperson, der uddelegerer en medicineringsopgave til en anden sundhedsperson, skal sikre sig, at opgaven er forstået, herunder at der bliver foretaget identifikation af patienten.

Afgørelse 6 Identifikation af patient ved udlevering af medicin

[1081706P](#)

En sygeplejerske var i gang med at ophælde medicin til sine patienter i medicinrummet for derefter selv at udlevere medicinen til patienterne. En sygehjælper kom og spurgte, om hun måtte give medicin til patienten på stue 15, seng 2. Sygeplejersken kontrollerede medicinen og patientens navn og gav medicinen til sygehjælperen, som var med til at kontrollere. Da sygeplejersken var færdig med medicinophældningen til alle patienterne, spurgte hun sygehjælperen, om hun havde givet medicin til patienten stue 15, seng 2. Da fandt sygeplejersken ud af, at medicinen var givet til patienten på stue 14, seng 2 i stedet. Patienten havde fejlagtigt fået binyrebarkhormon, antidepressiv medicin og medicin mod angst og uro.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at udtale kritik af sygehjælperen med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet vurderede, at sygehjælperen burde have undersøgt patientens identitet ved hjælp af navnearmbånd forud for udleveringen af medicin. Nævnet lagde desuden vægt på, at sygehjælperen selv havde bedt om at give medicin til en bestemt patient og derfor burde have sikret sig, at medicinen også blev givet til denne patient.

Patientklagenævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere sygeplejersken for ikke på tilstrækkelig vis at have instrueret sygehjælperen i, at hun skulle kontrollere patientens identitet, inden hun udleverede medicinen.

6.2 Hvornår skal der ske identifikation?

Der skal som hovedregel foretages identifikation forud for enhver handling rettet direkte mod patienten. Det er således ikke tilstrækkeligt kun at foretage identifikationsproceduren, når der er tvivl om identiteten.

Følgende afgørelse illustrerer, at den person, der administrerer medicinen, skal sikre, at identifikationen af patienten svarer til identifikationen på medicinbeholderen, og at der således skal ske fornyet identifikation af patienten inden udlevering af medicin.

Afgørelse 7 Undersøgelse af patientens identitet igen efter forstyrrelse [1079313P](#)

En social- og sundhedsassistent skulle til at give to nabopatienter medicin efter at have foretaget relevant identifikation af patient og kontrol af doserede tabletter. Hun blev imidlertid forstyrret og forlod stuen meget hurtigt. Hun efterlod de to patienters medicindoseringsglas på samme sengebord. Da hun kom tilbage til stuen, foretog hun ikke sikring af, at den rette patient fik det rette medicindoseringsglas ved udlevering af medicinen, og patienten fik derved nabopatientens medicin. Da patienten senere på dagen blev dårlig, blev social- og sundhedsassistenten i tvivl om medicineringens korrekthed og meddelte dette til en læge.

Nævnet fandt anledning til at kritisere social- og sundhedsassistenten med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at det var væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at hun ikke sikrede sig, at medicinen blev udleveret til den korrekte patient, efter at hun var blevet forstyrret i medicinudleveringen, og idet to medicindoseringsglas på samme sengebord giver en høj risiko for forveksling.

6.3 Hvordan foretages korrekt identifikation?

Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forveksling i sundhedsvæsenet, at en patient som hovedregel ikke kan anses for korrekt identificeret alene ved navn, men at personnummer skal indgå. Kun undtagelsesvist kan personnummer erstattes af fødselsår, måned og dato.

6.3.1 Habile, voksne patienter

Det fremgår endvidere af vejledningen, at personens egen angivelse af navn og personnummer hos voksne, habile patienter er fyldestgørende. Identifikation baseret på, at den pågældende blot på forespørgsel bekræfter sit navn og personnummer er ikke tilstrækkelig. Der stilles ikke krav om anvendelse af identitetsarmbånd, når der er tale om voksne, habile patienter.

6.3.2 Inhabile patienter, herunder børn

Hos patienter, som er inhabile, kan korrekt identifikation sikres ved anvendelse af identitetsbånd om håndled eller fodled med angivelse af navn og personnummer. Det samme gælder for børn indlagt på sygehus, hvis de ikke selv sikkert kan angive identitetsoplysninger. I disse tilfælde bør identiteten som hovedregel tillige bekræftes under medvirken af personale fra stamafdelingen. Når procedurer skal udføres af personale fra andre afdelinger, bør identiteten bekræftes af tilstedeværende pårørende.

Hvis der i disse tilfælde ikke rutinemæssigt anvendes identitetsbånd, skal identiteten på anden måde sikres, og der skal findes udtømmende instrukser for fremgangsmåden for personidentifikation.

6.3.3 Ved dispensering af medicin

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler pkt. 3.4.1, at den person, der dispenserer medicin, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen, og for at medicinbeholderen (doseringsæske, medicinglas, ampul, sprøjte eller lignende) er mærket med patientens navn og personnummer.

6.3.4 Ved administration af medicin

Endvidere fremgår det af vejledningen, at den person, der giver medicinen til patienten, skal sikre, at identifikationen af patienten svarer til identifikationen på medicinbeholderen.

6.4 Mærkning

Det er et led i sikringen af korrekt identifikation af patienter, at der foretages entydig og korrekt mærkning af oplysninger.

Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, at alle oplysninger, der er relevante for patientundersøgelse, behandling mv., skal mærkes entydigt, uanset om de foreligger på papir eller elektronisk. Det skal entydigt fremgå, hvilken patient oplysningen vedrører, hvilken sundhedsperson der er ansvarlig for oplysningen, og hvornår oplysningen er dateret. Også ved mundtlig videregivelse af oplysninger, som for eksempel mundtlige ordinationer, skal identifikationen omfatte navn og personnummer for at være entydig.

Det er den sundhedsperson, der frembringer, bearbejder eller afsender oplysninger til videre brug, der har ansvaret for, at oplysningerne er entydigt mærket.

Når en sundhedsperson modtager eller anvender oplysninger, har vedkommende ansvar for at sikre sig den entydige mærkning af oplysningerne og sikre overensstemmelse med patientens identitet. Hvis mærkningen ikke er entydig, identiteten ikke overensstemmende eller oplysningerne i øvrigt ikke overensstemmende med andre foreliggende oplysninger, skal vedkommende foretage det nødvendige for at indhente og kontrollere den relevante oplysning. Er dette ikke muligt med tilstrækkelig sikkerhed, skal vedkommende tage skridt til fornyet indhentning af oplysninger og berigtigelse eller kassation af de utilstrækkeligt mærkede oplysninger.

6.5 Afgørelser

Nødvendigheden af at anvende patientens personnummer ved identifikationen kan illustreres med følgende afgørelse truffet af Patientklagenævnet.

Afgørelse 8 Pligt til at identificere en patient ud fra CPR-nr.

[1082402P](#)

Sundhedsstyrelsen indberettede en sygeplejerskes utilstrækkelige identifikation af en patient til Patientklagenævnet. Ved doseringen af medicinen i medicinrummet forvekslede sygeplejersken to patienter, hvis navne var næsten identiske. Sygeplejersken foretog ikke undersøgelse af det personnummer, der kom frem øverst i det elektroniske systems billede. Sygeplejersken doserede således blandt andet fejlagtigt Contalgin 60 mg, der er en relativt høj dosis af et morfinlignende lægemiddel, til en patient, der var døende med lungekræft og lungebetændelse. Efter omkring to timer opdagede sygeplejersken medicineringsfejlen og underrettede andre sundhedspersoner herom og sikrede sig, at en læge blev tilkaldt.

Patientklagenævnet fandt, at sygeplejersken havde handlet væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved, at hun forvekslede navne på to patienter og identificerede patienten ud fra navnet og ikke via personnummer. Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet anførte, at en patient som hovedregel ikke kan anses for korrekt identificeret alene ved navn, men at personnummer skal indgå. Kun undtagelsesvist kan personnummer erstattes af fødselsår, måned og dato. Nævnet anførte endvidere, at der skal foretages identifikation forud for enhver handling rettet direkte mod patienten, for eksempel ved uddeling af medicin. Det er således ikke tilstrækkeligt kun at foretage identifikationsproceduren, når der er tvivl om identiteten.

Nævnet lagde vægt på, at der var tale om et potent lægemiddel i en stor dosis til en i forvejen svækket patient, for hvem en fejlmedicinering kan have øgede konsekvenser. Nævnet lagde også vægt på, at sygeplejersken, efter at have konstateret fejlmedicineringen af patienten, relevant underrettede andre plejepersoner om fejlen, og at hun sikrede sig, at informationen gik videre til den lægelige forvagt.

Nævnet fandt således grundlag for at udtale kritik med indskærpelse på trods af, at sygeplejersken handlede relevant efter opdagelsen af fejlmedicineringen, da der var tale om et potent lægemiddel og en manglende sikring af patientens identitet.

7. Korrekt lægemiddel

Ligesom det er afgørende for patientsikkerheden, at medicin gives til den rette patient, er det af afgørende betydning, at det er det rette lægemiddel, der gives til patienten.

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler pkt. 3.4.1, at medicingivning skal foregå i nøje overensstemmelse med de instrukser, som lægen har givet, og en plejeperson må kun foretage ændringer af ordinationen efter aftale med lægen. Hvis lægens instruktion strider mod de lokale instrukser, skal plejepersonen gøre lægen og eventuelt ledelsen opmærksom herpå.

Det er afdelingsledelsens ansvar, at der foreligger en instruks om sikring af korrekt identifikation af lægemiddel.

Nogle lægemidlers navne ligner hinanden, og der er lægemidler med indpakninger, der på grund af meget ens udseende og farver, kan forveksles. Selvom der gøres en del fra producenternes side for, at de enkelte lægemidler adskiller sig fra hinanden for at begrænse risikoen for forveksling, vil der stadig være en risiko for forveksling.

Der skal udvises særlig opmærksomhed fra plejepersonens side ved identifikation af lægemiddel, og plejepersonen skal kontrollere, at det er det rette lægemiddel, der doseres og gives til patienten. Da der ikke er tale om, at der skal udøves et skøn fra plejepersonens side, og da der skal foretages en kontrol, vurderer nævnet det ofte som en alvorlig fejl, hvis plejepersonen anvender et forkert lægemiddel.

7.1 Hvordan sikres korrekt identifikation af lægemiddel

Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet pkt. 7.4, at ved ordination og udmåling skal lægemidlet altid identificeres med navn/betegnelse, lægemiddelform samt styrke/koncentration. Identifikationen af lægemidlet skal foretages direkte på beholderen (fx ampul/hætteglas), idet det ikke er tilstrækkeligt at aflæse på udvendige pakning. Disse oplysninger samt dosis og modtagers identitetsoplysninger skal ved udmåling kontrolleres med ordinationen. Hvis lægemidlet ikke straks uddeles/indgives af den person, som udmåler, skal modtagers identitetsoplysninger fremgå af beholderen.

Ved dispensering af medicin skal plejepersonen:

- Identificere lægemidlet direkte på beholderen
- Identificere lægemidlet med navn og lægemiddelform, styrke og koncentration
- Kontrollere lægemidlets identitet og form med ordinationen

Ved selve uddelingen skal lægemidlets identitet kontrolleres med ordinationen i den udstrækning, det er muligt.

Følgende afgørelser er eksempler på, at der ikke skete tilstrækkelig sikring af, at der blev medicineret med det rette lægemiddel.

Afgørelse 9 Forveksling af lægemidlers navn [1083006P](#)

En sygeplejerske forvekslede under medicindoseringen lægemidlet Mirtazapin, som patienten på 78 år fik mod depression, med lægemidlet Nitrazepam, som er et kraftigt sovemiddel. Sygeplejersken læste fejlagtigt ordinationen som 15 Nitrazepam og studsede over den lidt høje dosis på 15 mg. Normaldosis er 2,5 – 5 mg til voksne og mindre til ældre. Sygeplejersken foretog sig dog ikke yderligere, da han havde haft patienter, der havde fået omkring samme dosis.

Patientklagenævnet udtalte kritik med indskærpelse om, at sygeplejersken skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet vurderede, at det var væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at sygeplejersken ikke nærlæste patientens medicinskema eller fandt journalen frem og orienterede sig om den tydeligt ordinerede medicin, da han studsede over den høje dosis. Sygeplejersken burde være stoppet op ved sin tvivl og have kontaktet en læge for at sikre korrekt medicinbehandling.

Følgende afgørelse viser, at der skal udvises særlig opmærksomhed ved identifikation af den rette infusionsvæske, når to infusionsvæsker er ophængt ved siden af hinanden.

Afgørelse 10 Forveksling af to ophængte infusionsvæsker [1082924P](#)

En patient skulle efter en operation have smertebehandling. Infusionerne til smertebehandling efter operationen var på forhånd forberedt og hang klar på to stativer på observationsafsnittet. Der var således en med Fentanylblanding til indgift i blodbanen og en med Bupivacain-Sufentanil blanding til indgift i smertekatetre. Sygeplejersken gav fejlagtigt patienten infusion med Bupivacain-Sufentanil blanding (lokalbedøvelse) i blodbanen, der skulle have været indgivet i smertekatetre.

Patientklagenævnet udtalte kritik med indskærpelse om at sygeplejersken skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet lagde vægt på, at sygeplejersken alene skulle foretage identifikation af det rette lægemiddel ud af to mulige, der var hængt op. Selvom sygeplejersken handlede relevant, efter at hun konstaterede fejlmedicineringen, ved at hun straks afbrød infusionen og tilkaldte en læge, fandt nævnet, at der skulle udtales kritik af sygeplejersken med indskærpelse.

Afgørelse 11 Forveksling af glukose og saltvand [1188607P](#)

En social- og sundhedsassistent hængte glukose op som væskebehandling til en patient i stedet for det ordinerede saltvand til hurtigt indløb. En sygeplejersken opdagede fejlen og fik social- og sundhedsassistenten til at rette det.

Disciplinærnævnet udtalte kritik af social- og sundhedsassistenten med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke. Endvidere udtalte nævnet kritik af, at social- og sundhedsassistenten ikke havde anført i journalen, at der var sket en fejlagtig væskebehandling.

(Afgørelsen omtales tillige i afsnit 13.)

Følgende afgørelse illustrerer pligten til at kontrollere, at der er trukket korrekt lægemiddel op i en sprøjte, inden anbrud af hætteglas og efter.

Afgørelse 12 Forveksling af to lægemidler på samme bord [1081726P](#)

Ved en KAG-undersøgelse kom den assisterende sygeplejerske til at trække fortyndet Nitroglycerin i stedet for lokalbedøvelse op fra et hætteglas, som stod på samme bord. Nitroglycerin var også relevant ved undersøgelsen og stod derfor på bordet med god grund. Sygeplejersken fik ikke dobbelttjekket hætteglassets indhold.

Den normale procedure for det pågældende indgreb var, at sygeplejerskerne gjorde lokalbedøvelsen klar ved at trække den op af medicinglasset i en sprøjte, som lægen kunne bruge ved anlæggelsen af lokalbedøvelse, og at der skulle ske kontrol af overensstemmelse mellem patient, ordination og lægemiddel, inden hætteglasset med medicinen blev anbrudt og lokalbedøvelsen blev trukket op. Efter at medicinen var blevet trukket op, skulle det igen kontrolleres, at der var overensstemmelse mellem etiketten på hætteglasset og ordination.

Det var nævnets vurdering, at sygeplejersken burde have dobbeltkontrolleret, om der var overensstemmelse mellem patient, ordination og medikament.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

8. Korrekt dosis

Plejepersoner har pligt til at dispensere og give medicin i nøje overensstemmelse med lægens ordination, herunder den ordinerede dosis.

En dosis af et lægemiddel er ordineret af lægen ud fra en konkret vurdering af patienten. I vurderingen af dosisstørrelse af lægemidlet kan der indgå forskellige parametre såsom for eksempel patientens sygdom, alder, aktuelle behov, vægt, om det er opstart eller aftrapning af medicin, om lægemidlet interagerer med andre lægemidler, om der gives flere doser i døgnet med mere. En plejeperson må ikke selvstændigt ændre en dosis, uden at det er ordineret af en læge.

8.1 Kontrol af ordineret dosis

Plejepersoner, der skal dispensere medicin, har pligt til at dispensere i overensstemmelse med den ordinerede dosis samt pligt til at foretage en kontrol af den dispenserede medicin i forhold til ordinationen.

Der må ikke dispenseres eller udleveres medicin til en patient, hvis der ikke er oplysninger om ordination, herunder dosis og styrke, tilgængelige for plejepersonen. Hvis oplysninger om ordination og dosis ikke kan findes, skal plejepersonen henvende sig til en læge eller andre, der kan oplyse om ordinationen.

Det fremgår således af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, at den person, der dispenserer medicin, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen. Ved udmåling af medicin skal lægemidlet altid identificeres med navn/betegnelse, lægemiddelform samt styrke/koncentration. Disse oplysninger samt dosis og modtagers identitetsoplysninger skal ved udmåling kontrolleres med ordinationen.

Det er efter nævnets praksis en væsentlig fejl, hvis en plejeperson doserer medicin uden at have tilstrækkelige oplysninger om ordinationen, herunder dosis, da der i så fald ikke sikres medicinhåndtering og kontrol heraf i overensstemmelse med ordinationen.

Det er endvidere nævnets praksis, at den, der dispenserer medicin, er ansvarlig for at kontrollere, at den ordinerede dosis er inden for normalintervallet. Såfremt en plejeperson skal dispensere et lægemiddel, som ikke er kendt af vedkommende i forvejen, bør plejepersonen indhente oplysninger om lægemidlet via for eksempel en elektronisk medicinhåndbog, og i hjemmesygeplejen for eksempel ved opslag i en papirudgave af medicinhåndbogen.

Det er vigtigt, at den plejeperson, der noterer en ordination for eksempel efter en mundtlig besked, angiver alle oplysninger om ordinationen. Dette er vigtigt for at sikre entydighed af ordinationen, og for at alle de plejepersoner, der efterfølgende skal dispensere medicin ud fra den noterede ordination, skal kunne kontrollere deres medicindispensering i forhold til ordinationen.

Som anført tidligere under emnet "pligt til at sige fra" har plejepersonen altid et ansvar for at sige fra ved tvivl om ordinationen eller ved manglende kompetence til at udføre en ordination.

8.2 Afgørelser om manglende kontrol af ordineret dosis

De følgende afgørelser er eksempler på plejepersoners ansvar for at undersøge og kontrollere den ordinerede dosis i forbindelse med dispensering af medicin. Afgørelserne viser, at det ofte anses som en alvorlig fejl at foretage medicinhåndtering uden at have de rette oplysninger om ordination og dosis.

Den første afgørelse viser endvidere, at den, der dispenserer medicin, er ansvarlig for at kontrollere, at dosis er inden for normalintervallet. Afgørelsen viser også, at en plejeperson, der dispenserer et lægemiddel, som ikke er kendt af vedkommende i forvejen, bør indhente oplysninger om lægemidlet, for at plejepersonen kan en foretage tilstrækkelig kontrol ved dispenseringen af medicinen.

Den sidste afgørelse viser vigtigheden af, at man noterer alle oplysninger om ordinationen, således at de efterfølgende plejepersoner kan kontrollere deres medicindispensering i forhold til den ordinerede dosis og lægemidlets styrke.

Afgørelse 2 Manglende kendskab til lægemidlet [1084615P](#)

En social- og sundhedsassistent i hjemmesygeplejen anførte på et medicinskema den ugentlige dosis Methotrexat som daglig dosis til en patient. Social- og sundhedsassistenten oplyste, at hun ikke havde fået udleveret en medicinhåndbog til opslag.

Nævnet oplyste, at den person, der dispenserer medicin, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen. Nævnet oplyste endvidere, at det er normal praksis, at social- og sundhedsassistenter i hjemmesygeplejen slår lægemidler, som de ikke kender, op i medicinhåndbogen. Nævnet oplyste tillige, at en læge er ansvarlig for ordinationen, men at den, der doserer medicinen, er ansvarlig for at kontrollere, at dosis er inden for normalintervallet. Er dosis ikke det, skal lægen kontaktes, og der konfereres om, hvorvidt ordinationen er korrekt.

Nævnet udtalte kritik med innskærpeelse om, at social- og sundhedsassistenten udviste større omhu i sit fremtidige virke. Det var nævnets vurdering, at social- og sundhedsassistenten ikke burde have udfærdiget medicinliste og udført dispensering af medicin, når hun ikke havde kendskab til lægemidlet, og når hun ikke havde fået udleveret de fornødne redskaber til at håndtere opgaven korrekt.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 5.1.)

Afgørelse 13 Utilstrækkelig undersøgelse af dosis [1084622P](#)

To sygeplejersker skulle i fællesskab ophælte kemoterapipræparatet Velcade til en patient. Standardplejeplanen og lægemiddelbeskrivelsen blev taget med ud i medicinrummet, hvor medicinen skulle ophældes. De så forkert på standardplejeplanen og troede, at der stod at dosis var 3,5 mg, men der stod reelt, at medicinen kom i hætteglas á 3,5 mg. Lægemiddelbeskrivelsen angav 3,5 mg. Den ene sygeplejerske bad den anden om at kontrollere sin udregning og ophældning, som godkendte det.

Patientens rette dosis på 2,2 mg fremgik af et flowsheet, som de ikke havde med ud i medicinrummet, da de ophældte medicinen. Først efter medicineringen kom den ene sygeplejerske i tvivl og undersøgte, om der var et flowsheet, hvilket blev fundet frem og angav dosis 2,2 mg Velcade. Herefter kontaktede de straks en læge om fejlen.

Nævnet lagde til grund, at de to sygeplejersker selv beregnede dosis 3,5 mg ud fra lægemiddelbeskrivelsen, og at dette ikke tilkommer sygeplejersker.

Patientklagenævnet udtalte kritik af begge sygeplejersker med indskærpelse om, at de skulle udvise større omhu i deres fremtidige virke, idet sygeplejerskerne ikke undersøgte journaloplysningerne tilstrækkeligt eller kontaktede en læge med henblik på konstatering af den korrekte dosis.

Nævnet oplyste, at ingen medicin må gives af en sygeplejerske uden en ordination fra en læge, og at det ikke er tilstrækkeligt at læse lægemiddelbeskrivelsen, da den ikke indeholder angivelse af en præcis dosering til en bestemt patient, men forklarer, hvordan lægemidlet virker, hvordan det skal gives, og eventuelle bivirkninger. Sygeplejersker må derfor finde den ordinerede dosis i journalen eller i medicinskemaet, og hvis det ikke er muligt, må en læge kontaktes. Sygeplejersker må ikke selv bestemme dosis.

Afgørelse 14 Medicinering trods manglende medicinskema [1080507P](#)

En social- og sundhedsassistent i hjemmesygeplejen skulle give en patient med hjerneskade og sukkersyge insulin en aften. Der var ordineret 12 IE om morgenen og 8 IE om aftenen. Social- og sundhedsassistenten målte patientens blodsukker, men kunne ikke finde noget medicinskema. Han gav patienten 18 IE insulin, da han mente at kunne se på blodsukkerskemaet, at der var givet dette de foregående aftener. Da social- og sundhedsassistenten efterfølgende af patientens faste vagter blev orienteret om, at der var givet 10 IE for meget, blev det aftalt med en sygeplejerske, at han skulle aflægge patienten et besøg senere på aftenen med kontrol af blodsukker. Dette glemte han imidlertid.

Patientklagenævnet udtalte kritik af social- og sundhedsassistenten med indskærpelse om, at han skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet oplyste, at for meget insulin kan medføre risiko for, at der udvikles lavt blodsukker, hvilket kan være livstruende og skal straks behandles.

Det var nævnets opfattelse, at man ved alle former for medicingivning, herunder injektion med insulin, skal undersøge den ordinerede dosis med stor omhyggelighed på et medicinskema, sygeplejejournal eller lignende dokumentationsmateriale. Det var endvidere nævnets opfattelse, at da social- og sundhedsassistenten ikke kunne finde medicinskemaet for patienten, burde han have kontaktet den vagthavende sygeplejerske for at få hjælp til at fremskaffe en oversigt over ordineret medicin eller have kontaktet en vagtlæge med henblik på ordination af insulin i stedet for blot at give den samme dosis, som var blevet givet de foregående aftener. Det var endelig nævnets opfattelse, at social- og sundhedsassistenten, da han blev gjort opmærksom på, at han havde givet for meget insulin, burde have sørget for at kontrollere patientens blodsukker.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 13 og 14.2.)

Afgørelse 15 Pligt til at sikre entydighed i ordination [1186924P](#)

En læge havde ved udskrivelse fra sygehus af en patient med en blodprop i benet ordineret blodfortyndende medicin i daglig dosis 12.500 enheder Fragmin til indsprøjtning én gang dagligt. Hjemmesygeplejen skulle foretage indsprøjtningerne. Fragminen lå i engangssprøjter med 0,2 ml (2.500 enheder) i den ordinerede pakning, som indeholdt 25 sprøjter. Der skulle således 5 sprøjter til for at opnå den rette daglige dosis. En hjemmesygeplejerske modtog besked om, at medicinbehandlingen skulle administreres af hjemmesygeplejen. I de følgende dage gav hjemmesygeplejerskerne kun én sprøjte dagligt, hvilket kun var 1/5 af den rette daglige dosis. Sygeplejersken, der modtog besked om behandlingen med Fragmin, huskede ikke, hvordan hun fik oplysning om dosis, men kunne huske, at det skulle gives én gang i døgnet.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet vurderede, at sygeplejersken burde have noteret i hvilken styrke Fragmin skulle gives og dermed have sikret entydighed i ordinationen samt en mulighed for, at de behandlende hjemmesygeplejersker kunne have kontrolleret korrekt dosis og opdaget, at én engangssprøjte ikke var nok til at opnå den ordinerede dosis.

8.3 Pligt til at forholde sig til ordineret dosis og pligt til at undersøge ved tvivl

Selvom en plejeperson skal administrere medicin i nøje overensstemmelse med lægens ordination, har en plejeperson en selvstændig pligt til og ansvar for at forholde sig til ordinationen og den ordinerede dosis og reagere på en dosis, der påfaldende lav eller høj. En plejeperson bør således reagere på, hvis selve mængden/volumen af den ophældte ordinerede dosis er bemærkelsesværdig, da det kan være tegn på fejl.

En plejersperson bør også reagere, hvis der er ordineret en dosis, der er væsentligt højere eller lavere end den normale dosis til samme patient af samme lægemiddel. Hvis plejerspersonen bliver i tvivl om, hvorvidt ordinationen er korrekt, skal ordinationen undersøges, inden medicinen administreres.

Om pligten til at forholde sig til og kontrollere den faktisk dispenserede dosis i forhold til den ordinerede dosis ved medicinering af børn henvises til afsnit 8.5.

Der henvises i øvrigt til afsnit 5 om pligten til at sige fra og undersøge nærmere ved tvivl.

Følgende afgørelser er eksempler på, at plejerspersoner ikke har forholdt sig til en ordineret dosis. Den første afgørelse viser endvidere, at der skal udvises ekstra opmærksomhed ved dispensering af potente lægemidler og særligt ved dosering af høje doser. Et potent lægemiddel er et lægemiddel, der er livsnødvendigt for patienten, er livsfarligt eller kan give skader, hvis det gives i større eller lavere mængde end ordineret. Endvidere er afgørelsen et eksempel på, at en plejerspersons forveksling af enhedsbetegnelser som for eksempel forveksling af ml og mg blev anset for at være en væsentlig fejl.

I den anden afgørelse fra hjemmesygeplejen blev en alvorlig fejl fra et sygehus om ugentlig dosis Methotrexat fejlagtigt angivet til daglig indtagelse videreført i hjemmesygeplejen. Afgørelsen viser, at en plejersperson ikke bare kan afvente patientens egen læges gennemgang af en medicinliste, at der skal følges op på uoverensstemmelser vedrørende medicin, og at læge skal kontaktes ved tvivl om en ordination.

Afgørelse 16 Pligt til at kontrollere patientens medicinoplysninger [1084814P](#)

En sygeplejerske forvekslede enhedsbetegnelserne mg med ml og gav fejlagtigt en patient 10 ml af morfinpræparatet Oxynorm i stedet for den korrekte dosis på 10 mg. Sygeplejersken administrerede medicinen efter noget, hun havde hørt fra en kollega, uden at kontrollere eller undersøge ordinationen.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at det var væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at sygeplejersken dispenserede medicin til patienten efter noget, hun havde hørt fra en kollega uden at søge de mundtlige oplysninger bekræftet i patientens medicinoplysninger.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at Oxynorm er et stærkt virkende smertestillende lægemiddel, som giver alvorlige komplikationer ved overdosering, og dermed er et potent lægemiddel, og at sygeplejersken derfor burde have været ekstra opmærksom på den meget høje dosis, der blev givet.

Nævnet lagde tillige vægt på, at sygeplejersken, efter at have konstateret fejlmedicineringen, gjorde det fornødne, idet hun straks kontaktede en læge, som gav modgift.

Afgørelse 17 Utilstrækkelig reaktion på uoverensstemmelser vedr. medicinen [1191521P](#)

En ældre patient blev udskrevet fra sygehus til sit hjem og fik medgivet medicinliste og medicin til 3 dage. Ved en fejl på sygehuset blev den ugentlige dosis af cellegiften Methotrexat angivet som en daglig dosis.

En sygeplejerske (A) i hjemmesygeplejen konstaterede, at noget af den faste medicin ikke var anført på medicinlisten, ligesom der var uoverensstemmelse vedrørende dosis af Methotrexat i forhold til tidligere, og hun faxede sygehusets medicinliste til patientens læge med henblik på gennemgang af medicinen. Der skulle afventes en tilbagemelding fra lægen, inden hjemmesygeplejen 3 dage efter skulle dosere medicin. Sygeplejerske A kontrollerede ikke den doserede medicin, som patienten havde fået med hjem fra sygehuset, idet sygeplejersken troede, at fejlen på medicinlisten var en skrivefejl, og idet der ikke i den medgivne doserede medicin forekom daglig dosering af Methotrexat.

Dagen efter noterede en anden sygeplejerske (B), at man afventede tilbagemelding fra egen læge angående medicinplan fremover, og at der to dage efter måtte doseres medicin til de næste 14 dage. Sygeplejerske B var af den opfattelse, at hun ikke havde til opgave at forholde sig til medicinen, og at der var taget hånd om det dagen før.

Den følgende dag foretog en ny sygeplejerske (C) dosering af medicin til patienten på baggrund af den fejlagtige medicinliste fra sygehuset. Ved sin dosering af medicin var hun i tvivl om dosering af smertestillende og spurgte patienten, hvilket hun doserede ud fra. Sygeplejersken var ikke klar over, at der var uoverensstemmelser vedrørende medicinen.

Nævnet udtalte, at det påhviler en sygeplejerske at reflektere over uklare ordinationer og samtidig konsultere den ordinerende læge, hvis der er tvivlsspørgsmål.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejerske A med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at sygeplejersken straks burde have kontaktet den ordinerende læge på sygehuset, og ikke burde have vurderet, at det var tilstrækkeligt at afvente, at patientens læge foretog en gennemgang af patientens medicinliste, som den forelå fra sygehuset.

Nævnet udtalte tillige kritik af sygeplejerske B med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at sygeplejersken burde have fulgt op på, hvilke uoverensstemmelser, der var i medicinordinationerne til patienten, og at sygeplejersken burde have kontaktet den praktiserende læge.

Nævnet udtalte endvidere kritik af sygeplejerske C med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at sygeplejersken straks burde have kontaktet den praktiserende læge ved sin tvivl om dosering af patientens smertestillende medicin, og at hun burde have været opmærksom på, at medicinlisten fra hospitalet var faxet til den praktiserende læge med henblik på en gennemgang, og at medicindosering skulle afvente dette.

8.4 Udregning af dosis

Det er en læge, der ved sin ordination til en patient angiver en dosis af et lægemiddel. Imidlertid kan det være nødvendigt for plejepersonen at foretage en udregning af dosis ud fra oplysningerne i ordinationen om dosis. Dette kan for eksempel være tilfældet, hvis dosis i ordinationen er angivet i styrke X, men der på afdelingen alene findes det pågældende lægemiddel i styrke Y. Plejepersonen skal således udregne, hvordan den ordinerede dosis opnås ved brug af lægemidlet i styrke Y. Der kan også være tilfælde, hvor en ordination af et lægemiddel er angivet med dosis som "5 mg/kg legemsvægt til indløb pr. time", og hvor plejepersonen skal udregne hvad denne dosis svarer til for patienten.

En plejeperson skal udvise særlig opmærksomhed og omhu ved sin udregning af dosis. Der er en vis risiko for, at der kan opstå fejl i disse situationer, da foretagelse af sådanne udregninger er en kompleks opgave, der kræver stor talforståelse.

En plejeperson har pligt til at kontrollere sin udregning af dosis. Hvis en plejeperson er i tvivl om sin udregning, har vedkommende pligt til at bede en mere erfaren plejeperson om hjælp til udregningen eller om foretagelse af en kontrol udregning. Det anses som en alvorlig fejl, hvis en plejeperson har påtaget sig en udregningsopgave, som vedkommende ikke er i stand til at udføre korrekt, og hvis vedkommende ikke har bedt om hjælp til opgaven. En plejeperson skal altid sige fra over for opgaver, som personen ikke mener sig i stand til at kunne udføre forsvarligt.

Følgende afgørelse viser, at plejepersoner skal udvise særlig omhu ved udregning af en ordineret dosis. Endvidere viser afgørelsen, at en plejeperson skal kontrollere sin udregning og skal forholde sig til, om den udregnede dosis svarer til en dosis, der ifølge medicin håndbogen eller interne retningslinier er normal, ligesom der skal reflekteres over, om den udregnede dosis er sandsynlig i forhold til mængden eller i forhold til eventuel tidligere administration af lægemidlet.

Afgørelse 18 Pligt til at forholde sig til dosis [1083001P](#)

En sygeplejerske skulle give et barn på 1 måned smertestillende medicin Perfalgan efter en operation. Sygeplejersken så i det elektroniske patientmedicineringssystem, at der stod 45 mg, hvilket også stod på hendes udregning og på den udskrevne seddel, der skulle sættes på infusionen. Sygeplejerskens regnestykke var imidlertid i ml, og hun indgav Perfalgan 45 ml, da det var det, man indtastede på pumpen. Ved dette gav sygeplejersken således en 10 dobbelt dosis i forhold til den ordinerede, da 45 ml svarede til 450 mg Perfalgan.

En efterfølgende sygeplejerske undrede sig over, at der i patientmedicineringssystemet stod Perfalgan 45 mg i vennen á 10 mg/ml, mens der på observationsskemaet stod at der var givet 45 ml Perfalgan med indløb med 135 ml i timen, hvorfor en læge blev kontaktet.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Det var nævnets vurdering, at sygeplejersken i forbindelse med udregning af dosis ud fra lægens ordination burde have vurderet, om den ordinerede og udregnede mængde var svarende til det, der i lægemiddelkataloget eller interne retningslinjer foreslås. Ligeledes burde hun have vurderet sandsynligheden for, at den udregnede mængde, i ml eller mg, var korrekt set i forhold til tidligere administration af lægemidlet og set i forhold til mængde i hætteglas eller lignende.

8.5 Håndtering af medicin til børn

Det er nævnets praksis, at der skal udvises særlig opmærksomhed, når der håndteres medicin til børn, blandt andet fordi dosis til børn adskiller sig væsentligt fra dosis til voksne, og fordi der i nogle tilfælde skal anvendes medicinsk udstyr, der skal tilpasses og indstilles til barnets størrelse i forbindelse med medicinering. Særligt håndtering af medicin til helt små børn kræver en særlig agtpågivenhed.

I sager om håndtering af medicin til små børn, hvor plejepersoner ikke har udvist tilstrækkelig opmærksomhed ved deres medicinhåndtering, er der eksempler på, at nævnet har vurderet plejepersonernes fejl som grovere eller gentagen forsømmelse med oversendelse af sagen til politiet med anmodning om tiltalerejsning efter autorisationslovens § 75.

Afgørelsen nedenfor er et eksempel på, at der skal udvises særlig opmærksomhed ved håndtering af medicin til børn. Afgørelsen er ligeledes et eksempel på, at en plejeperson skal kontrollere sin medicinering, herunder dosis, i forhold til den ordinerede dosis og dette i særlig grad ved håndtering af medicin til børn.

Afgørelse 19 Høj dosis til barn [1188611P](#)

Et barn på 3 år skulle udskrives med smertestillende medicin efter en operation, og lægen ordinerede mundtligt, at barnet skulle have Pamol 750 mg i døgndosis som stikpiller. Lægen anførte ikke dette i det enstrengede medicinhåndteringssystem eller i journalen. Lægen oplyste, at det ikke var nødvendigt at ændre ordinationen i journalen, da barnet skulle udskrives. Sygeplejersken anførte ikke noget om sin udlevering af medicinen i sygeplejerejournalen eller det elektroniske medicinhåndteringssystem.

Sygeplejersken fik ved en fejl på medicinpakningen angivet, at dosis var 750 mg Pamol 4 gange dagligt. Der blev givet medicin med hjem til 7 dage. Barnet blev efterfølgende indlagt med paracetamolforgiftning.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn udtalte, at der skal udvises særlig opmærksomhed, når der administreres medicin til børn, da dosis til børn adskiller sig væsentligt fra dosis til voksne. Dosis til børn er mindre og afhængig af deres alder og vægt. En plejeperson skal udføre en læges ordination, men plejepersonen har også selv et fagligt ansvar for at forholde sig til, om ordinationen er korrekt. Hvis plejepersonen bliver i tvivl, om ordinationen er korrekt, skal ordinationen undersøges, inden medicinen administreres.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at sygeplejersken burde have været opmærksom på, at det var en væsentligt højere dosis Pamol, som barnet blev udskrevet med end den dosis, barnet havde fået på sygehuset, ligesom hun burde have været opmærksom på, at det kunne være tegn på forkert udregning, når et barn på 17 kg skulle have 2 stikpiller pr. gang 4 gange i døgnet af samme medicinske lægemiddel.

Nævnet fandt endvidere, at sygeplejersken burde have fastholdt over for lægen, at smertebehandlingen skulle ordineres i journalen, og at hun selv burde have dokumenteret hvilken medicin og instruktion, der blev givet ved udskrivelsen. Nævnet udtalte, at personen altid skal dokumentere hvilken medicin, som administreres til patienten i det enstrengede medicin håndteringssystem, ligesom det skal fremgå af journalen, hvilken medicin, der medgives ved en udskrivelse.

9. Korrekt administrationsmåde

Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, at en plejeperson som et afgørende led i den kontrol, som skal udføres ved medicinbehandling, bør sikre sig, at præparatet gives på den rigtige administrationsmåde, såsom tabletform, injektion i musklen eller intravenøs indgift m.m. Det kan være forbundet med stor risiko for patientens helbred, hvis et lægemiddel administreres på en forkert måde. Lægemidlet kan eksempelvis optages for hurtigt og have en for kraftig virkning i organismen ved indgivelse direkte i blodbanen, når det ikke er beregnet til dette.

En plejeperson skal give medicin i overensstemmelse med den angivne administrationsmåde i nøje overensstemmelse med lægens ordination, samt sikre, at medicinen gives i henhold til de gældende instrukser og forskrifter. En plejeperson bør således forholde sig til og reagere på, hvis administrationen ikke foregår i overensstemmelse med den administrationsmåde, som er ordineret. Hvis plejepersonen bliver i tvivl, om administrationsmåden er korrekt, skal dette undersøges og eventuelt konfereres med en læge, inden medicinen administreres.

En plejers ansvar for korrekt administrationsmåde indbefatter også en pligt til at instruere patienten ved medicineringen og vejlede patienten om at reagere, såfremt denne kan mærke, at administrationen af medicinen ikke foregår rigtigt. Eksempelvis skal en plejeperson vejlede patienten om at reagere, hvis patienten ved en infusion eller injektion af vævsskadelig medicin begynder at mærke smerter eller svie.

Ved administration af injektioner bør plejepersonen udvise særlig opmærksomhed, idet præparatet optages momentant i organismen med deraf følgende øjeblikkelig indsættende virkning.

Den første afgørelse nedenfor viser, at kun medicin fremstillet til injektion i en vene eller i et perifert drop skal anvendes til dette formål.

Den anden afgørelse viser, at plejepersoner skal udvise særlig opmærksomhed, når der behandles med vævsskadelig medicin, og når patienten begynder at udvikle symptomer på, at medicinen skader huden.

Den tredje afgørelse er et eksempel på, at en plejeperson skal reagere ved en uklar ordination om administrationsmåden, særligt når der er tale om en specialistbehandling.

Afgørelse 20 Knust pille indgivet i blodbanen [0977102P](#)

En ældre patient var blevet indlagt på en medicinsk afdeling på grund af dehydrering. Det blev noteret i journalen, at hendes tabletbehandling skulle ændres til intravenøs behandling, da hun ikke kunne synke piller. En sygeplejerske havde knust en pille Eltroxin mod forstyrrelser i stofskiftet og en vitaminpille og indgivet den i blodbanen (intravenøst).

Patientklagenævnet bemærkede, at udelukkende medicin, som er fremstillet til injektion i en vene eller i et perifert drop, må anvendes til dette formål. Præparater til brug ved injektion i blodbanen er fremstillet under særlige forhold, idet disse anvendes sterilt, ligesom optagelse, effekt og nedbrydning af disse præparater adskiller sig fra tabletter.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke, og fandt, at sygeplejersken havde handlet meget væsentligt under normen.

Afgørelse 21 Sikring af korrekt administrationsmåde [1080003P](#)

En patient på 75 år blev indlagt på et sygehus på grund af anstrengt vejtrækning. Der blev ordineret behandling med infusion af kalium. Kaliuminfusionen blev på et tidspunkt under indlæggelsen tilkoblet et venflon i patientens hånd i stedet for i et stort centralt blodkar. En sygeplejerske observerede, at patienten havde blærer på sit håndled, der var blodansamling og perforation af huden. Sygeplejersken satte en absorberende skumplade på såret, men foretog sig ikke yderligere.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at sygeplejersken burde have reageret på forandringerne på patientens hånd og forbundet disse med indgiften af den stærkt vævsirriterende kaliuminfusion i et venflon. Patientklagenævnet bemærkede, at kaliuminfusion altid skal ske i et stort centralt blodkar og ikke i et perifert blodkar.

Afgørelse 22 Pligt til at reagere på uklare ordinationer [1187410P](#)

En patient var blevet indlagt på et sygehus på grund af hjerterytmeforstyrrelser. Patienten blev behandlet med medicinen Cordarone. Det fremgik af afdelingens instruks, at behandling med Cordarone helst skulle ske i et centralt venekateter, da medicinen var meget vævsskadelig. Der kunne dog fraviges herfra, hvis behandlingen var af kortere varighed.

Der blev ordineret infusion af Cordarone i drop, der lå i en mindre vene i armen (perifert venflon). Det fremgik ikke af journalen, om ordinationen af Cordarone var en engangsordination. En sygeplejerske tilså patienten og behandlingen med Cordarone fortsatte.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Disciplinærnævnet bemærkede, at en sygeplejerske bør reflektere over uklare ordinationer og konsultere den ordinerende læge, hvis der er tvivlsspørgsmål. Nævnet bemærkede videre, at der bør være fuldstændig klarhed over ordinationen af Cordarone, idet det er en specialistbehandling. Nævnet bemærkede videre, at det forventes, at sygeplejersker på en kardiologisk afdeling er bekendt med den særlige opmærksomhed, der skal være, når der gives Cordarone.

Disciplinærnævnet fandt, at sygeplejersken burde have sikret sig, at ordinationen var korrekt. Hun burde have konfereret den uklare ordination med den ordinerende læge, ligesom hun burde have henledt hans opmærksomhed på, at det i afdelingens instruks blev anbefalet, at behandlingen med Cordarone blev foretaget i et centralt venekateter.

De følgende afgørelser viser, at når man anvender farvekoder for at fremme patientsikkerheden ved medicinbehandling, så er det vigtigt, at plejepersonerne følger farvekoderne.

Afgørelse 23 Farvekode på sprøjte [1083007P](#)

En 3-årig pige blev indlagt på sygehus til behandling for en bakteriel infektion i nyrebækkenet. Der blev ordineret en Bonyl mikstur, som patienten skulle indtage gennem munden. Sygeplejersken havde trukket medicinen op i en hvid sprøjte, og hun gav efterfølgende Bonyl miksturen gennem drop, og patienten blev svært dårlig.

Patientklagenævnet bemærkede, at der anvendes farvekoder i forbindelse med medicinbehandling, for at man nemmere kan afværge fejl i behandlingen. Den almindelige procedure er at anvende en lilla sprøjte til indgift af mikstur i munden og en hvid/klar sprøjte til indgift af medicin igennem drop.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnets kritik blev givet, fordi sygeplejersken fejlagtigt indgav Bonyl miksturen i drop og ikke gennem munden. Nævnet fandt det desuden skærpene, at sygeplejersken selv havde skabt en større risiko for fejlmedicinering, idet hun havde trukket medicinen op i en sprøjte med en farve, der normalt blev anvendt til indgivelse gennem munden.

Afgørelse 24 Farvekode på pumpe [1080001P](#)

En specialsygeplejerske fra Palliativt team opsatte en pumpe med smertestillende medicin til en døende patient i dennes hjem. Patientens ægtefælle bemærkede overfor sygeplejersken, at pumpen havde en anden farve end den, der normalt blev sat op, hvilket sygeplejersken ikke reagerede på. Det fremgik af sagen, at pumperne havde forskellige farvekoder afhængig af indløbshastighed. Den opsatte pumpe havde en hurtigere indløbshastighed end normalt, hvorfor patienten fik en overdosis af den smertestillende medicin og gled over i dyb bevidstløshed.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

9.1 Hvem skal sikre korrekt administrationsmåde

Det er ikke kun er den plejeperson, der opstarter en medicinsk behandling, som skal sikre sig, at administrationsmåden er korrekt. Også de efterfølgende plejepersoner, som tilser patienten under den fortsatte behandling med medicin, har et ansvar for at kontrollere korrekt administration, og der bør ske kontrol heraf ved hvert vagtskifte.

I den følgende afgørelse var det ikke kun den sygeplejerske, der tilsluttede en smertepumpe, som skulle sikre sig, at denne var tilkoblet korrekt, men også sygeplejersken ved vagtskifte skulle sikre, at infusion af medicin fortsat blev givet korrekt.

Afgørelse 25 Pligt til at sikre, at infusionslanger er tilkoblet korrekt [1293713P](#)

En 7-årig pige blev indlagt på et sygehus med henblik på en operation for et åbent brud på højre underarm. I forbindelse med operationen blev der anlagt et centralt venekateter til indgift af antibiotika og et smertekateter til smertebehandling med lokalbedøvelse. Patienten skulle behandles med smertestillende medicin Naropin, som skulle have været tilkoblet smertekateteret. En sygeplejerske tilkoblede imidlertid pumpen det centrale venekateter. En sygeplejerske på nattevagt tilså patienten, men opdagede ikke, at pumpen var tilkoblet det centrale venekateter.

Disciplinærnævnet udtalte kritik af den første sygeplejerske med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at det var væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at hun ikke sikrede sig, at den ordinerede medicin blev givet i smertekateteret.

Disciplinærnævnet udtalte endvidere kritik af sygeplejersken på nattevagt med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet fandt, at sygeplejersken ved vagtskiftet burde have sikret sig, at infusionen og kateteret fungerede korrekt. Nævnet bemærkede, at en sygeplejerske ved et vagtskifte skal sikre sig, at infusionsslanger er tilkoblet korrekt og efter forskrifterne. Det blev indskærpet overfor sygeplejersken at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

10. Korrekt administrationstidspunkt

Det er vigtigt, at plejepersonernes medicinadministration foregår i nøje overensstemmelse med de instrukser, som lægen har givet. For mange lægemidler er tidspunktet for medicinadministration et vigtigt parameter, som fastsættes ud fra for eksempel intervaller mellem indgift af samme lægemiddel, om lægemidlet skal indtages sammen med et måltid eller netop ikke må indtages sammen med et måltid. Eller måske er der en indbyrdes relation mellem to lægemidler, som patienten skal indtage, der betyder, at de skal indtages samtidigt eller med et vist interval for at opnå den rette virkning.

Plejepersoner må ikke foretage ændringer af det ordinerede tidspunkt for medicinadministration, og kan derfor kun ændre tidspunktet for medicinadministration efter aftale med en læge.

Plejepersonerne skal endvidere meddele lægen relevante observationer, herunder skal lægen også have oplyst, hvis tidspunktet for medicinadministrationen ikke har været efterlevet.

10.1 Faste intervaller eller i forhold til måltider

Tidspunktet for medicinadministration kan hænge nøje sammen med det enkelte lægemiddel, og det er plejepersonens ansvar at sikre, at medicinen gives til patienten på det korrekte tidspunkt. Hvis en ordination ændres til et andet lægemiddel, kan det være nødvendigt samtidig at ændre tidspunktet for medicinadministrationen. I en af afgørelserne nedenfor måtte man ændre tidspunktet for medicinadministration, da man skiftede til et erstatningslægemiddel, som skulle gives med andre intervaller end det først ordinerede lægemiddel.

Tidspunktet for medicinadministration kan desuden hænge nøje sammen med de tidspunkter, hvor patienten spiser, og det er plejepersonens ansvar at sikre, at medicinen indtages på det korrekte tidspunkt i forhold til måltiderne.

Afgørelse 26 Administrationstidspunkt for erstatningslægemiddel [1081802P](#)

Sygeplejerskerne kunne ikke fremskaffe det ordinerede lægemiddel, og en læge ordinerede derfor et tilsvarende virkningsfuldt lægemiddel, indtil det korrekte lægemiddel var fremskaffet.

Det var nævnets opfattelse, at det er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at ved ændring af medicin kan tidspunkter for medicineringen ændres med henblik på at få medicingivningen til at passe ind i det korrekte tidsinterval for erstatningslægemidlet. Der var videre nævnets opfattelse, at da det er sygeplejersken, der har ansvaret for at dispensere medicinen, er det også sygeplejersken, der har ansvaret for, at patienten får den ordinerede medicin til det korrekte tidspunkt.

Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejerskerne.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 10.2)

10.2 Rammerne for tidspunktet for medicinadministration

Selvom plejepersonen finder det ordinerede tidspunkt for medicinadministration uhensigtsmæssigt for patienten, så kan plejepersonen ikke selv ændre tidspunktet, men må henvende sig til lægen med oplysning om de observationer, der eventuelt kan begrunde et ændret administrationstidspunkt. Den første afgørelse nedenfor illustrerer dette.

Det anses dog som udgangspunkt for at være acceptabelt og sundhedsfagligt forsvarligt, at plejepersonens administration af medicin, der skal gives på faste tidspunkter, forskydes inden for et kortere interval. I den anden af afgørelserne nedenfor vurderede nævnet, at i den konkrete situation kunne medicinadministrationen forskydes med op til en halv time.

Når medicin administreres på et sygehus, må plejepersonen ikke efterlade medicinen på natbordet, hvis patienten sover, eller patienten ikke har brug for sin medicin. Plejepersonen skal i stedet tage medicinen med tilbage i medicinrummet. Hvis medicinen efterlades, kan patienten komme til at tage medicinen for tæt på næste dosis, eller andre patienter kan tage medicinen ved en fejl.

I nogle tilfælde fremgår det af ordinationen, at tidspunktet for opstart af medicinering afhænger af et eller flere prøvesvar. Den sidste afgørelse nedenfor vedrører denne situation. I disse tilfælde har plejepersonen ansvar for at orientere lægen, hvis forudsætningerne for ordinationen ændres, før man når at iværksætte behandlingen. Hvis patientens tilstand ændres, mens man afventer prøvesvaret, må plejepersonen derfor orientere lægen herom, så lægen kan tage stilling til, om der skal iværksættes behandling, før prøvesvaret foreligger.

Afgørelse 27 Administrationstidspunkt og patientens ønsker

[12F001](#)

På grund af rod i medicinen blev det aftalt, at hjemmesygeplejen opbevarede patientens medicin i et aflåst skab på områdekontoret. Desuden blev det aftalt, at hvis der var behov for p.n. medicin, så ville det kunne afleveres hos patienten i løbet af 20 minutter.

Nævnet udtalte, at det er en almindelig procedure, hvis der observeres rod i medicinen, at man søger at hindre dette ved at sikre opbevaring på et sted, hvor færrest mulige har adgang til medicinen.

Hjemmesygeplejen skulle give patienten medicin hver dag kl. 5 om morgenen, og patienten reagerede ved at blive vred og ophidset, når hun blev vækket hver morgen. Hjemmesygeplejen tog kontakt til patientens praktiserende læge, hvorefter ordinationen blev ændret til p.n. (efter behov). Patienten fik derefter kun medicinen kl. 5, såfremt hun var vågen ved hjemmesygeplejens besøg.

Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejerskerne, da sygeplejerskerne herved handlede relevant.

Afgørelse 26 Rammen for korrekt administrationstidspunkt
[1081802P](#)

En moder til en patient måtte flere gange minde plejepersonalet om, at det var tid til at give barnet medicin.

Nævnet udtalte ikke kritik af de involverede sygeplejersker.

Det var nævnets opfattelse, at det er sygeplejersken, der har ansvaret for, at medicinen gives på det korrekte tidspunkt, og at det er acceptabelt og forsvarligt i forhold til behandlingen med medicin, som skal gives på faste tidspunkter, at man forskubber tidspunktet med op til ½ time. Nævnet vurderede endvidere, at det ofte vil ske i aften- og nattevagter, hvor der er færre sygeplejersker til at udføre opgaven med at administrere medicin.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 10.1.)

Afgørelse 28 Prøvesvar skal afventes før opstart af medicin
[1084628P](#)

Patienten blev indlagt ved middagstid, og en læge ordinerede blodprøver, prøver af opspyt til dyrkning og undersøgelse af urinen, og når der forelå svar på disse prøver, skulle der opstartes behandling med antibiotika. Om aftenen var der endnu ikke opstartet behandling med antibiotika, idet der endnu ikke var taget opspyt fra til dyrkning. I nattevagten blev der heller ikke opstartet antibiotikabehandling, idet patienten endnu ikke havde kunnet hoste sput op.

Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejerskerne.

Det var nævnets opfattelse, at det er kutyme, at der dyrkes fra blod, urin og opspyt inden antibiotikabehandling startes. Dette gøres for at kunne give den rette behandling. Hvis patienten er akut medtaget, kan man dog starte behandlingen med det samme uden at afvente prøvesvar.

Nævnet fandt, at sygeplejerskerne på relevant vis undlod opstart af antibiotikabehandling, og - som ordineret - afventede prøvesvarene. Nævnet fandt desuden, at det var tilstrækkeligt, at sygeplejerskerne afventede prøvetagning og svar, i stedet for at tilkalde en læge med henblik på ordination af antibiotika forud for prøvesvarene, idet der ikke var nogen ændring i patientens tilstand.

10.3 Pligt til at reagere hvis medicinen ikke er givet på det ordinerede tidspunkt

Afgørelsen herunder viser, at en plejeperson i nogle tilfælde skal oplyse lægen om, at patienten ikke har fået sin medicin på det tidspunkt, der var ordineret. Det gælder også i situationer, hvor det er patienten selv, der afviser at tage sin medicin.

Afgørelse 29 Patients afvisning af medicin [1190002P](#)

En patient, der blev indlagt akut, tog en række lægemidler fast, herunder insulin og vitaminer. Dagen efter indlæggelsen fik han dog kun ét af lægemidlerne kl. 8 og to af lægemidlerne kl. 12. Derudover havde han selv taget et vanligt blodtrykssænkende lægemiddel om morgenen. Patienten ville ikke spise morgenmaden på afdelingen, og derfor vurderede sygeplejersken, at han heller ikke skulle have sin vitaminbehandling. Sygeplejersken tilbød patienten flere af de andre ordinerede lægemidler, herunder også insulin, men det blev afvist af patienten, idet han ikke havde spist morgenmad. Sygeplejersken konfererede afvisningen med den stuegangsgående læge.

Nævnet vurderede at sygeplejerskens handlinger var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnet udtalte dog kritik af sygeplejerskens journalføring, idet nævnet fandt, at hun burde have journalført, at patienten selv havde afvist at tage sin medicin.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 16.1.4)

11. Plejepersoner som medhjælp og manglende ordination

Det er læger, der ordinerer medicin til patienter. Plejepersoners medicin håndtering skal foregå i nøje overensstemmelse med ordinationen og de instrukser, som lægen har givet, og en plejeperson må kun foretage ændringer af ordinationen efter aftale med en læge.

Hvis patienten eller plejepersoner ønsker ændringer i medicineringen eller opdager fejl med mere, skal plejepersonerne henvende sig til lægen herom, og ikke selv foretage ændringer i medicinen. Det vurderes oftest som en fejl, der er væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard, hvis en plejeperson giver medicin uden lægelig ordination eller ændrer i medicinen uden ordination.

Som det fremgår af vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp samt af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler punkt 3.3.3, kan en læge på forskellige måder delegere medicineringssopgaver til en medhjælp.

Der kan være tale om en læges konkrete delegation vedrørende en enkelt patient om, at personen må give receptpligtig medicin.

En læge kan endvidere ordinere medicin til en konkret patient efter behov (angivet p.n.¹). I disse situationer delegerer lægen til personen at vurdere patientens behandlingsbehov og iværksætte behandling med medicin inden for fastsatte rammer om dosis, doseringshyppighed eller -interval og maksimal dosis.

En læge kan imidlertid også i visse situationer delegere til en bestemt personalegruppe eller navngivne plejepersoner blandt personer at iværksætte behandling til en nærmere defineret patientgruppe, uden at lægen forinden har taget stilling til, at behandlingen skal iværksættes over for de enkelte patienter. Der er ifølge vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp samt af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler store krav til indholdet af instrukserne til personer ved disse former for delegation, og instruktionen bør intensiveres i det omfang, der er tale om anvendelse af mere potente lægemidler.

På sygehuse kan den ansvarlige overlæge ved nogle velbeskrevne sygdomstilfælde delegere til personerne at iværksætte en standardbehandling med medicin. En læge kan i så fald ordinere med henvisning til en fastsat instruks vedrørende det pågældende lægemiddel ("efter skema"). Ordinationen skal indføres i journalen.

Plejepersoner, der har fået delegeret en medicineringssopgave, må alene give medicin inden for de rammer, der er angivet ved delegationen. Såfremt der opstår tvivl hos en plejeperson om rammerne eller om medicingivning i forhold til en specifik patient, skal denne tvivl afklares, inden der gives medicin. Hvis en plejeperson går uden for rammerne for den delegerede medicineringssopgave og således ikke følger den givne

¹ P.n. = pro necessitate, det vil sige, når det er nødvendigt.

instruktion, betyder det, at plejepersonen håndterer medicin uden en lægelig ordination og selv er ansvarlig for medicin håndteringen.

11.1 Håndkøbsmedicin

Som det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler pkt. 4.3, er anvendelse af håndkøbsmedicin ikke udtrykkeligt reguleret i lovgivningen. En plejepersons udlevering af håndkøbsmedicin reguleres derfor af autorisationslovens bestemmelser om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed og af instrukser udstedt af ledelsen på den pågældende arbejdsplads.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at arbejdstilrettelæggelsen i en sygehusafdeling som hovedregel er således, at lægerne er ansvarlige for de indlagte patienters samlede behandling, herunder også behandling med håndkøbsmedicin. Al anvendelse af medicin vil derfor almindeligvis ske efter en læges ordination. En plejeperson, der giver en patient håndkøbsmedicin, uden at dette er ordineret af en læge, kan blive draget til ansvar herfor. Hvis en patient tager håndkøbsmedicin eller naturlægemidler ud over den af lægen ordinerede medicin, bør plejepersonen orientere lægen med henblik på vurdering af eventuelle interaktioner med den øvrige behandling.

11.2 Livreddende medicinering

En plejeperson kan - og skal - i helt særlige tilfælde give enkelte former for medicin i en akut situation, uden ordination og forud for kontakt til en læge, hvis det er livreddende behandling. Se eksempelvis afgørelse 33 i afsnit 11.4. Pligten følger af den generelle hjælpepligt i straffelovens § 253, der pålægger alle borgere en pligt til at hjælpe en person i øjensynlig livsfare eller at træffe de foranstaltninger, som kræves for at redde en tilsyneladende livløs person.

11.3 Afgørelser

De to følgende afgørelser viser, at en plejeperson skal sikre sig, at en læge har ordineret behandling med medicinen forud for medicinering. Afgørelse nummer to viser endvidere, at en plejeperson ikke må behandle en patient med et ukendt og ikke-ordineret lægemiddel. Den tredje afgørelse er et eksempel på, at en plejeperson overskred den ramme for p.n. dosis med smertestillende medicin, der var ordineret.

Afgørelse 30 Medicinering trods manglende oplysning om dosis [1084630P](#)

En hjemmesygeplejerske lagde medicinen Trimopan i en patients doseringsæsker til opstart nogle dage efter. Hjemmesygeplejersken havde fået besked om, at patientens datter telefonisk havde oplyst, at patienten skulle opstartes i behandling. Der var ikke oplyst nogen dosis, og hjemmesygeplejersken doserede derfor 100 mg Trimopan dagligt, som ifølge hende normalt er forebyggende behandlingsdosis. Patientens datter henvendte sig nogle dage efter og oplyste, at dosis kun skulle være 50 mg dagligt, hvorefter doseringen i æskerne hos patienten blev rettet i overensstemmelse hermed. På tidspunktet var patientens datter sekretær hos patientens praktiserende læge, og hjemmesygeplejersken opfattede derfor den telefoniske besked som en besked fra lægen. Patientens datter oplyste, at hun kun arbejdede hos lægen en kort periode i 14 timer ugentligt, og ikke kunne opfattes som en kollega men som pårørende.

Nævnet lagde til grund, at patientens datter henvendte sig som pårørende og ikke på vegne af en læge.

Nævnet udtalte kritik til hjemmesygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Det var nævnets opfattelse, at en sygeplejerske ikke bør tage imod en ordination af medicin på baggrund af en pårørendes oplysning. Endvidere var det nævnets opfattelse, at såfremt man er i tvivl om, i hvilken egenskab en pårørende kontakter hjemmesygeplejen, må man få dette afklaret. Nævnet lagde vægt på, at hjemmesygeplejersken havde dispenseret et lægemiddel uden ordination og uden oplysning om dosis, og at hjemmesygeplejersken burde have sikret sig ordination og dosis via lægen inden dispensering til patienten.

Afgørelse 31 Anvendelse af ukendt salve uden label og beskrivelse [1292902P](#)

En hjemmesygeplejerske påsmurte lapis salve på en patients betændte område, men også på patientens raske hud inden påsætning af ny stomi, hvorved der skete ætsning af rask hud. Hjemmesygeplejersken kendte ikke i forvejen patienten eller salven. Salven havde ingen label på, og blev givet til hende af patienten, der ikke talte dansk. Hjemmesygeplejersken troede, at det var håndkøbsmedicin, som patienten havde god erfaring med. Lapissalve blev på grund af sin desinficerende virkning navnlig tidligere anvendt til behandling af overfladisk betændelse i hud eller slimhinder. Da lapis er et ætsende sølvnitrat, skal man være omhyggelig med ikke at pensle på sund og hel hud.

Nævnet udtalte kritik af hjemmesygeplejersken med indskærpelse om at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet fandt, at det var væsentligt under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at hjemmesygeplejersken påsmurte en salve, som var uden label og beskrivelse, og som hun ikke vidste, hvad var, og som blev givet til hende af en patient, der ikke talte dansk.

Afgørelse 32 Overskridelse af maksimal døgndosis p. n. medicin [1085008P](#)

Ved indlæggelsen af en patient til observation for lyskebrok blev der ordineret smertestillende ved behov (analgetica p.n), og det blev anført, at der kunne gives morfin 10 mg direkte i en vene og efter behov (i.v., p.n.).

Patienten havde kl. 22.30 fået 10 mg morfin intravenøst. En sygeplejerske gav patienten 10 mg morfin intravenøst kl. 2.20. Da patienten samme nat klagede højlydt kl. 4.30, gav den samme sygeplejerske igen morfin 10 mg i.v.

Den maksimale dosis for p.n. intravenøs morfin var sat til 2 ml. pr. døgn. Den maksimale dosis blev overskredet, da sygeplejersken gav morfin kl. 4.30. Sygeplejersken anførte i sygeplejeloggen, at den maksimale dosis blev overskredet ved hendes indgivelse af morfin kl. 4.30, og at den maksimale døgn dosis måtte sættes højere til stuegangen næste dag.

Patientklagenævnet udtalte kritik af sygeplejersken.

Nævnet fandt, at sygeplejersken kl. 4.30 skulle have kontaktet den for behandlingen ansvarlige læge med henblik på at få ordineret yderligere eller ændret smertebehandling, idet den ordinerede maksimale dosis var nået kl. 2.20. Det var videre nævnets vurdering, at sygeplejersken ikke burde have overskredet den maksimale døgn dosis.

Sygeplejersken oplyste til sagen, at det elektroniske medicinsystem registrerede det indeværende døgn og dermed ikke gjorde opmærksom på, når ordineret døgn dosis var overskredet, hvis dette sker i forbindelse med midnat.

Nævnet udtalte, at det er en sygeplejerskes opgave at vurdere smertebehandling og behov herfor hos patienten, og at dette ikke bør bero på medicinsystemets muligheder.

11.4 Vurdering af patienten forud for medicingivning

Selvom der er en lægelig ordination af medicin til en patient, skal en plejeperson foretage en vurdering af patientens tilstand og forholde sig til, om ordinationen skal effektueres i forhold til patientens tilstand, eller om plejepersonen først bør henvende sig til en læge. Dette gælder særligt ved forværring af patientens tilstand. Hvis en plejeperson på baggrund af observationer af patienten ikke mener, at der bør gives ordineret medicin, skal en læge kontaktes herom.

Afgørelse 33 Pligt til at vurdere patientens tilstand inden medicingivning [1188014P](#)

Sundhedsstyrelsen indberettede en sygeplejerskes medicingivning af en gravid kvinde til Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Kvinden var indlagt med graviditet i 7. uge og havde mavesmerter.

Sygeplejersken blev på et tidspunkt tilkaldt af pårørende, da patienten sad på gulvet og var bleg og fraværende. De pårørende oplyste, at patienten havde epilepsi, og sygeplejersken tilkaldte en læge og gav patienten Stesolid uden forudgående lægelig ordination.

Nævnet fandt, at det ikke var kritisabelt, at sygeplejersken havde givet patienten Stesolid uden lægelig ordination, idet det er almindelig praksis, at sygeplejersker må gøre dette til epilepsipatienter med et anfald, før lægen tilkaldes.

En læge havde kl. 1 om natten i forbindelse med en ultralydsscanning ordineret en engangsordination af Ketogan, som ikke tidligere var givet. Sygeplejersken gav 8 timer senere patienten engangsordinationen af Ketogan uden at henvende sig til en læge herom.

Disciplinærnævnet udtalte kritik af sygeplejersken.

Nævnet fandt, at der på tidspunktet for sygeplejerskens indgift af Ketogan var sket en markant ændring i patientens tilstand, idet hendes smerter var taget til i intensitet. Engangsordinationen på Ketogan var ordineret 8 timer tidligere, men var ikke givet, da patienten ikke havde haft brug for Ketogan. Det var yderligere nævnets vurdering, at sygeplejersken burde have tilkaldt en læge med henblik på en vurdering af patienten, og at det er under normen for almindelig anerkendt faglig standard at give stærk smertestillende medicin til en tidligt gravid kvinde, der er indlagt til observation på grund af mavesmerter, når der ikke foreligger en lægelig vurdering i den konkrete situation. Endvidere fandt nævnet, at sygeplejersken ikke havde foretaget tilstrækkelig observation af patienten, både efter epilepsianfaldet og indgiften af Stesolid og Ketogan.

12. Manglende medicinering

Medicinadministration skal foregå i nøje overensstemmelse med de instrukser, som er givet af en læge, og det er plejepersonens ansvar, at patienten får alle de ordinerede lægemidler. Plejepersonen må derfor ikke selv træffe beslutning om at ændre en ordination eller undlade at give patienten ordineret medicin. Hvis ordinationen ikke er klar nok, skal plejepersonen kontakte en læge herom og afvente lægens oplysninger, inden medicingivning.

Hvis plejepersonen bliver opmærksom på, at patienten ikke har fået sin medicin, er dette en vigtig oplysning, som skal gives videre til en læge. På samme måde skal plejepersonen give oplysningerne videre til lægen, hvis der er grund til at tro, at patienten burde behandles med et lægemiddel, som lægen ikke har ordineret.

Mange patienter, der indlægges på sygehusene, tager allerede medicin før indlæggelsen. Den vanlige medicin kan have tilknytning til samme sygdom, som har ført til indlæggelsen, men den kan også være begrundet i andre forhold, og nogle gange er den vanlige medicin helt uden betydning for den sygdom, der har ført til indlæggelsen.

Ved planlagte indlæggelser er det almindelig praksis, at man beder patienter om selv at medbringe vanlig medicin. Når patienter selv medbringer deres vanlige medicin, er de også sikre på at få det samme lægemiddel, som de er vant til. Sygehusene har ikke alle slags lægemidler i deres standardsortiment, og kan derfor som alternativ være nødt til at tilbyde synonympræparater. En læge skal ved alle indlæggelser undersøge, om patienten anvender vanlig medicin, og om den vanlige medicin skal ordineres til fortsat indtagelse under indlæggelsen.

Det forhold, at man beder patienten om selv at medbringe vanlig medicin, indebærer ikke nødvendigvis, at patienten selv skal kunne administrere sin medicin. Plejepersonerne har dermed stadigvæk ansvar for, at patienten får al den medicin, der er ordineret under indlæggelsen, herunder den vanlige medicin, som er ordineret skal fortsætte under indlæggelsen. Vedrørende patienters selvadministration af medicin henvises til afsnit 16.2.

Flere af de afgørelser, der refereres i dette afsnit, handler om medicin håndtering af patienternes vanlige medicin under indlæggelser. Afgørelserne illustrerer, at plejepersoners pligter og ansvar ved medicin håndtering gælder, uanset om der er tale om en nyopstartet behandling eller om der er tale om patientens vanlige medicin, der fortsat skal indtages under en hospitalsindlæggelse.

12.1 Medicinen skal gives i overensstemmelse med ordinationen

Det er plejepersonernes ansvar, at medicindispensering og -administration foregår i nøje overensstemmelse med lægens ordination. Det indebærer blandt andet, at plejepersonerne skal sikre sig, at patienten får vanlig medicin under hospitalsindlæggelse, og at det er hjemmesygeplejerskers ansvar at sikre sig, at alle ordinerede lægemidler er doseret til patienterne i deres hjem.

Afgørelse 34 Pligt til at sikre, at patienten får vanlig medicin
[1080902P](#)

Patienten fik Madopar for sin Parkinsonsyge. Patienten blev overført til afdelingen om formiddagen, og sygeplejersken, der tog imod patienten, konstaterede, at man ikke havde Madopar på afdelingen, og derfor skulle de pårørende kontaktes, så de kunne medbringe den vanlige medicin. Patienten skulle have Madopar ved middagstid. Sygeplejersken overlod det imidlertid til næste vagthold at fremskaffe Madopar.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken, idet medicingivning skal foregå nøje i overensstemmelse med de instrukser, som lægen har givet, og sygeplejersken må kun foretage ændringer i ordinationerne efter aftale med lægen. Sygeplejersken burde derfor have hentet medicinen på medicindepotet eller en anden afdeling, da hun blev bekendt med, at patienten ikke havde fået Madopar ved middagstid som vanligt. Hvis hun var i tvivl om patienten skulle have Madopar, burde hun have kontaktet en læge.

12.2 Hvis lægemidlet ikke er der, når medicinen skal dispenseres

Plejepersonerne har et ansvar for at reagere, hvis den ordinerede medicin ikke findes på afdelingen, når den skal dispenseres. Plejepersonerne skal i første omgang sikre sig, at lægemidlet fremskaffes, eller at der ordineres et synonymt præparat. Hvis der findes et kopipræparat, kan plejepersonen dog give patienten dette i stedet for, når der er tale om identiske lægemidler med samme indholdsstoffer og virkning.

Den ordinerede medicin kan eventuelt fremskaffes på hospitalet eller – hvis der er tale om patientens vanlige medicin – ved at plejepersonen sikrer sig, at de pårørende medbringer medicinen til patienten. Hvis der er indgået aftale med patienten eller de pårørende om, at de pårørende skal medbringe vanlig medicin til patienten, så har plejepersonen ansvaret for, at følge op på aftalen og sikre sig, at patienten får vanlig medicin under indlæggelsen.

Den første af afgørelserne herunder viser, at det efter en konkret vurdering kan være i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at der går lidt tid, inden ordineret medicin kan doseres af hjemmesygeplejen, hvis medicinen ikke findes i hjemmet, og hvis der ikke er tale om et akut behov for den medicinske behandling. Det understreges desuden, at når det er hjemmesygeplejens opgave at dosere medicin hos patienter, så er det en forudsætning for hjemmesygeplejens udførelse af arbejdet, at besked om ordinationer gives direkte til hjemmesygeplejen. Afgørelsen viser desuden, at det er nødvendigt, at hjemmesygeplejen skriver notater, når de har modtaget mundtlige ordinationer, og at det er nødvendigt, at lægemidlet og dosis noteres på medicinskemaet til brug for fremtidige medicindispenseringer. Denne pligt til at foretage notater om mundtlige ordinationer gælder også selvom sygeplejersken har travlt og bliver afbrudt. Herudover er det vigtigt, at medicinlisten

sammenholdes med de lægemidler, der er i hjemmet, og at man reagerer på uoverensstemmelser.

Afgørelse 35 Lægemiddel var ikke på afdelingen [1084816P](#)

Patienten blev indbragt til skadestue efter et universelt krampeanfald, og derefter indlagt til observation. Af et medfølgende medicinkort fremgik det, at patienten var i forebyggende behandling med Topimax mod epileptiske anfald, og ved indlæggelsen blev det ordineret, at hun skulle fortsætte behandlingen med sin vanlige medicin Topimax ved siden af den øvrige behandling på afdelingen.

Patienten blev indlagt om aftenen, men fik ikke Topimax som vanligt, da lægemidlet ikke var en del af standardsortimentet på afdelingen. De pårørende blev kontaktet, og det blev aftalt, at de skulle medbringe Topimax ved besøg den efterfølgende dag. Dagvagten undersøgte imidlertid ikke, om de pårørende medbragte Topimax, eller om hun selv skulle fremskaffe Topimax via hospitalet.

Nævnet udtalte kritik af dagsygeplejersken for ikke at undersøge, om patienten havde fået Topimax, eller om hun skulle sørge for at fremskaffe Topimax til patienten.

Den efterfølgende aftenvagt konstaterede, at patienten endnu ikke havde fået Topimax under indlæggelsen, og at der fortsat ikke var Topimax på afdelingen. Hun kontaktede derefter flere afdelinger på hospitalet, der heller ikke havde Topimax, hvorefter hun kontaktede de pårørende, der medbragte Topimax, således at patienten fik lægemidlet kl. 20.

Nævnet fandt, at aftenvagten handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Afgørelse 36 Substitutionspræparat [12F002](#)

En patient med epilepsi klagede over, at en sygeplejerske udleverede et forkert epilepsipræparat til hende, da det ikke var det samme som hendes vanlige lægemiddel.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere sygeplejersken, da hun havde udleveret et epilepsipræparat med de samme indholdsstoffer som patientens vanlige medicin, som derfor havde samme effekt.

Nævnet oplyste, at det er almindeligt, at patienter under indlæggelse får deres medicin udleveret fra sygehuset, og at det ofte ikke vil være samme mærke eller fabrikat som patientens vanlige medicin, men hvis der er tale om de samme indholdsstoffer, vil det have samme virkning.

Afgørelse 37 Manglende notering af ordination på medicinskema [1085729P](#)

En ældre patient fik ordineret lægemidlet Trimopan mod blærebetændelse af sin praktiserende læge. Ordinationen lød på to tabletter to gange dagligt, 30 tabletter i alt. Lægen gav besked om ordinationen til patientens døtre, der gav beskeden videre til en ansat fra et privat firma, der varetog medicinadministration hos patienten. Medicindoseringen blev varetaget af kommunale hjemmesygeplejersker, men de modtog imidlertid ikke besked om ordinationen.

Ti dage efter ordinationen blev en hjemmesygeplejerske bedt om at undersøge, hvorvidt patienten fik lægemidlet som ordineret. I hjemmet fandt hjemmesygeplejersken en æske med Trimopan og konstaterede, at der var seks ud af 30 tabletter tilbage.

Nævnet fandt ikke, at det kunne bebrejdes hjemmesygeplejen, at der ikke var doseret Trimopan, idet hjemmesygeplejen ikke havde fået besked om ordinationen.

Patienten havde endvidere fået ordineret Akarin mod depression. En hjemmesygeplejerske fik besked om ordinationen, og havde til opgave at dosere dette til en uge. Idet lægemidlet ikke var i hjemmet, blev det først doseret to dage efter ordinationen. Hjemmesygeplejersken doserede da medicinen til en uge, men da hun flere gange blev afbrudt, glemte hun at skrive ordinationen på medicinskemaet. Der blev derfor ikke doseret Akarin i de følgende uger, og det blev senere opdaget, der var gået 14 dage, hvor patienten ikke fik Akarin.

Nævnet fandt, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at der først blev doseret Akarin 2 dage efter ordinationen, idet Akarin ikke var i hjemmet, og opstart af Akarin ikke var akut.

Nævnet udtalte samtidig kritik af sygeplejersken, fordi ordinationen ikke blev noteret på medicinskemaet.

Hjemmesygeplejen fik desuden telefonisk besked om ordination af Fluanxol, der ved en fejl blev nedskrevet som Fluoxetin på medicinlisten. Ved næste besøg hos patienten blev medicinlisten kontrolleret og skrivefejlen blev rettet. Patienten fik dermed hele tiden det korrekte lægemiddel.

Nævnet udtalte ikke kritik af hjemmesygeplejerskerne, idet nævnet lagde vægt på, at patienten fik den korrekte medicin, og at skrivefejlen hurtigt blev rettet.

12.3 Når observationer giver anledning til tvivl om ordinationen

Afgørelsen herunder viser, at en plejeperson skal kontakte en læge, hvis der opstår tvivl om, hvorvidt medicineringen skal fortsættes samtidig med den øvrige behandling, eller om medicineringen skal pauseres.

Afgørelse 38 Lægekontakt om vanlig medicin [1190009P](#)

Patienten blev indbragt på skadestuen efter at være blevet påkørt af en bil, og efterfølgende blev hun indlagt med henblik på videre behandling af hendes knæ. Patienten havde epilepsi, og hendes vanlige medicin Lamictal blev ordineret.

Den følgende morgen konstaterede en sygeplejerske, at patienten ikke havde fået sin epilepsimedicin, og hun kontaktede en læge for at få bekræftet, at medicinen skulle gives, uanset at patienten var fastende.

Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejersken, da hun havde handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 12.4.)

12.4 Når observationer tyder på, at patienten mangler sin medicin

Plejepersoner har pligt til at reagere på observationer, der tyder på, at patienten mangler sin medicin. Det gælder uanset om observationerne skyldes prøvesvar, målinger, eller patientens egne oplysninger til sygeplejersken. Det kan være, at plejepersoner bliver opmærksom på, at patienten ikke har fået sin medicin, men det kan også være, at plejepersoner bliver opmærksom på, at der er lægemidler, som ikke er ordineret på trods af oplysninger, der tyder på, at patienten burde få disse lægemidler.

Oplysningen om, at patienten mangler at få sin medicin, kommer ofte fra patienten eller de pårørende, og det kan skyldes flere forskellige forhold. Neden for er refereret afgørelser, hvor patienter, der var blevet akut indlagt, gjorde opmærksom på, at de manglede vanlig medicin. Der kan også opstå tvivl om, hvorvidt vanlig medicin skal fortsættes eller pauseres under en indlæggelse, enten fordi der ikke er taget stilling hertil af en læge ved indlæggelsen, eller fordi observationer under indlæggelsen tyder på, at patienten er vant til at tage yderligere medicin end den ordinerede.

En plejeperson kan reagere ved at orientere sig i medicinordinationer i patientjournalen, og hvis denne ikke er tilgængelig eller giver svar på de observationer, som plejepersonen har foretaget, skal man kontakte en læge med henblik på eventuel ordination af den medicin, som patienten mangler.

Plejepersonernes pligt til at orientere sig i journalen om patientens sygdomme og behandling, omfatter ikke kun den sygdom og behandling, som har ført til den aktuelle indlæggelse på afdelingen, men også andre sygdomme, som patienten er i vanlig medicinsk behandling for under indlæggelse.

Afgørelse 38 Lægekontakt om vanlig medicin [1190009P](#)

Patienten blev indbragt på skadestuen efter at være blevet påkørt af en bil, og efterfølgende blev hun indlagt med henblik på videre behandling af hendes knæ. Patienten havde epilepsi, og hendes vanlige medicin Lamictal blev ordineret. Da patienten ankom til afdelingen før midnat, blev det noteret, at man afventede journal og medicinliste, og at patienten havde gjort opmærksom på, at hun var i behandling med Lamictal mod epilepsi.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken i nattevagten, idet hun på baggrund af notatet om, at man afventede journalnotat og medicinliste samt at patienten havde oplyst, at hun var i behandling mod epilepsi, burde have sikret sig, at patienten havde fået sin vanlige medicin.

Den følgende morgen konstaterede en sygeplejerske, at patienten ikke havde fået sin epilepsimedicin, og at afdelingen ikke havde Lamictal, men at der skulle ordineres et synonympræparat i stedet for. Hun kontaktede derfor en læge med henblik på ordination af synonympræparatet.

Nævnet udtalte, at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at sygeplejersken kontaktede en læge, da hun konstaterede, at medicinen ikke var givet, og at hun sørgede for at en læge ordinerede et synonympræparat.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 12.3.)

Afgørelse 39 Manglende reaktion på oplysning om diabetes [1187609P](#)

En patient blev flyttet mellem to hospitaler i løbet af natten. Patienten var diabetiker, og ved overflytningen var patientens aktuelle medicinstatus journalført, herunder også ordination af insulin. Journalen blev først afleveret til den nye afdeling op ad dagen.

Sygeplejersken, der passede patienten i dagvagten efter overførslen, havde ingen journaloplysninger om, at patienten var diabetiker, men om morgenen oplyste patienten selv, at hun var diabetiker. Kl. 8 målte sygeplejersken derfor patientens blodsukker, og prøven viste et forhøjet blodsukker. Først kl. 17.45 fik patienten insulin.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken, idet det var nævnets opfattelse, at da patienten havde oplyst, at hun havde sukkersyge, og blodprøven kl. 8 viste et forhøjet blodsukker, burde sygeplejersken have undersøgt dette nærmere. Nævnet lagde herved vægt på, at insulin er livsvigtig medicin. Det var videre nævnets opfattelse, at sygeplejersker skal orientere sig i patientjournalen angående patientens sygdomme og behandling heraf. Hvis patientjournalen ikke er til stede, må denne skaffes hurtigst muligt. Hvis det ikke var muligt i dette tilfælde, burde sygeplejersken have kontaktet afdelingens læge, for at lægen kunne tage stilling til det forhøjede blodsukker og behandlingen heraf.

Afgørelse 40 Håndtering af diabetesmedicin [12F003](#)

Patienten havde diabetes, men under indlæggelse i forbindelse med en håndledsoperation var der ikke ordineret diabetesmedicin. En sygeplejerske målte patientens blodsukker om morgenen, og efter aftale med en læge gav sygeplejersken patienten diabetesmedicin. Sygeplejersken noterede samtidig i journalen, at patientens medicinliste lå på stuen, og at der manglede ordination af diabetesmedicin. Om eftermiddagen konstaterede sygeplejersken i den efterfølgende vagt, at der fortsat ikke var ordineret diabetesmedicin, hvilket hun gjorde opmærksom på i journalen.

Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejerskerne, idet nævnet fandt, at sygeplejerskerne havde foretaget en relevant administrering og håndtering af medicinen.

13. Pligter ved konstatering af fejlmedicinering

Det er afgørende for, at en fejlmedicinering får færrest mulige konsekvenser for patienten, at en plejeperson handler relevant og hurtigt ved konstatering af, at der er sket en fejlmedicinering.

Ved opdagelse af fejlmedicinering bør en plejeperson således:

- Straks standse fejlmedicineringen hvis den stadig er i gang
- Sørge for at en læge tilkaldes til vurdering af patienten med oplysning om det passerede. Plejepersonen skal foretage relevante observationer af patienten, som meddeles, når lægen ankommer. Lægen vil vurdere patientens tilstand og muligheden for indgift af en eventuel antidot og vil vurdere hvilke observationer, plejepersonen derefter skal foretage af patienten.
- Assistere lægen med at udføre de målinger og observationer, som ordineres, og eksempelvis fremfinde og give ordineret antidot.
- Observere patienten eller sikre at dette bliver gjort af andre i overensstemmelse med den angivne instruktion herom for eventuelle reaktioner på fejlmedicineringen og give sygeplejersken eller lægen besked herom.
- Selv rette eller bede en læge rette den fejl, der førte til fejlmedicineringen for at forhindre yderligere fejlmedicinering. Der kan eksempelvis være tale om en fejlnotering af en ordination eller fejl på et medicinskema eller lignende.
- Orienter patienten om fejlmedicineringen
- Journalføre fejlmedicineringen og observationerne af patienten

Det kan være skærpende i forhold til vurderingen af en sundhedspersons ansvar, hvis sundhedspersonen ikke straks handler relevant ved eksempelvis at standse fejlmedicineringen, sørger for tilkald af en læge, eller foretager relevante observationer af patienten. Dette illustreres med følgende afgørelse.

Afgørelse 14 Manglende reaktion på overdosis med insulin
[1080507P](#)

Sundhedsstyrelsen indberettede en social- og sundhedsassistents behandling med insulin i hjemmesygeplejen til Patientklagenævnet.

Social- og sundhedsassistenten havde ved en fejl givet patienten 10 IE for meget insulin, da han ikke kunne finde medicinskemaet og se dosis. Da social- og sundhedsassistenten efterfølgende af patientens faste vagter blev orienteret om, at der var givet 10 IE for meget, blev det aftalt med en sygeplejerske, at han skulle aflægge patienten et besøg senere på aftenen med kontrol af blodsukker. Dette glemte han imidlertid.

Patientklagenævnet udtalte kritik af social- og sundhedsassistenten med indskærpelse om, at han skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Patienten havde en hjerneskade, som betød, at han ikke selv kunne give udtryk for eventuelle ændringer i sit velbefindende. Det var nævnets opfattelse, at social- og sundhedsassistenten, da social- og sundhedsassistenten blev gjort opmærksom på, at han havde givet for meget insulin, burde have sørget for at kontrollere patientens blodsukker, således at han kunne sikre behandling i form af indtagelse af sukker eller tilkald af læge, såfremt blodsukkeret havde været lavt.

Ligeledes fandt nævnet, at social- og sundhedsassistenten burde have instrueret den faste vagt, som patienten havde grundet sin hjerneskade, i at observere symptomer på lavt blodsukker, og i at en sygeplejerske eller vagtlæge skulle tilkaldes ved observation af for lavt blodsukker.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 8.2 og 14.2.)

Følgende afgørelse viser en plejepersons pligt til at journalføre en fejlmedicinering.

Afgørelse 11 Forveksling af glukose og saltvand [1188607P](#)

En social- og sundhedsassistent havde ved en fejl forvekslet glukose og saltvand til indgivelse via drop. Social- og sundhedsassistenten havde ikke journalført fejlen i patientens journal.

Nævnet udtalte kritik af social- og sundhedsassistenten for fejlmedicineringen med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Nævnet udtalte endvidere kritik af, at social- og sundhedsassistenten ikke havde anført fejlmedicineringen i journalen.

(Afgørelsen omtales tillige i afsnit 7.1.)

14. Medicinhåndtering med flere involverede og delegation

14.1 Medicinhåndtering med flere involverede plejepersoner

Der bør udvises særlig omhu, når flere plejepersoner er involveret i håndtering af medicin til den samme patient, da der let kan opstå misforståelser om den indbyrdes opgavefordeling i medicineringsprocessen. Det bør således klart aftales på forhånd, hvorledes opgavefordelingen vedrørende medicinhåndteringen skal være, hvis der er flere plejepersoner involveret.

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, at både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner har et selvstændigt ansvar, når de handler som lægens medhjælp.

I situationer med flere plejepersoner involveret i medicineringsprocessen har hver plejeperson et selvstændigt ansvar for sin deltagelse i medicinhåndteringen og for, at det er afklaret på tilstrækkelig vis, hvem der har hvilke opgaver. En plejeperson har altid en pligt til at reagere og hente hjælp eller frasige sig en opgave, som vedkommende ikke mener sig i stand til at varetage forsvarligt og ved mistanke om misforståelser, ligesom plejepersonen har pligt til at sige fra, hvis en medicinordination ikke er forstået entydigt.

Det er i nogle tilfælde angivet specifikt i en vejledning, hvorledes ansvaret er fordelt i medicineringsprocessen.

Opgavefordeling og ansvar ved håndtering af medicin med flere involverede plejepersoner vil oftest være beskrevet i lokale instrukser. Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, at der i situationer med en særlig risiko for fejl, eller hvor fejl kan lede til alvorlige konsekvenser, kan være behov for detaljerede sikkerhedsprocedurer for ofte forekommende arbejdsrutiner. Endvidere fremgår det af vejledningen, at der skal forefindes instrukser om håndtering af medicin, herunder sikring af korrekt identifikation af patient og lægemiddel.

Nævnet vurderer konkret hvem, der i en given situation har ansvaret for de enkelte dele af håndteringen af medicin ved flere involverede plejepersoner.

Følgende afgørelse er et eksempel på, at der skal udvises særlig omhu, når flere plejepersoner er involveret i håndtering af medicin til samme patient. Afgørelsen viser, at det er vigtigt at afklare den indbyrdes opgavefordeling.

Afgørelse 41 Flere plejepersoner involveret i medicinhandling
[0975907P](#)

En patient med fødesonde skulle have sin medicin opløst og indgivet i sonden. En sygeplejerske havde dagen forinden fået hjælp af en social- og sundhedshjælper, da hun ikke selv var fortrolig med den pågældende type sonde. Sygeplejersken skulle nu give patienten aftenmedicin. En social- og sundhedshjælper gav sygeplejersken besked om, at medicinen var gjort klar, og sygeplejersken gik i gang med at give patienten medicin. Ved siden af den opløste medicin stod et glas med lægemidlet Delepsine, og sygeplejersken var ikke klar over, at dette allerede var ophældt sammen med den anden medicin. Dette var ikke sket den foregående aften, hvor der havde været en afløser. Patienten fik således ved en fejl 2 ml Delepsine to gange i stedet for en.

Patientklagenævnet udtalte kritik til sygeplejersken med indskærpelse om, at hun skulle udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Det var Patientklagenævnets opfattelse, at sygeplejersken ikke burde give medicin, som var ophældt af en social- og sundhedshjælper, uden at kontrollere den. Det var videre nævnets opfattelse, at sygeplejersken burde have sikret sig, at medicinen ikke var blandet, inden hun selv hældte en dosis af lægemidlet Delepsine i opløsningen. Det var dog videre nævnets opfattelse, at sygeplejersken handlede relevant, da hun blev opmærksom på, at der var givet dobbelt dosis, idet hun kontaktede vagtlægen og derefter informerede patientens pårørende om vagtlægens vurdering.

Følgende afgørelse viser, at nævnet konkret vurderer hvem, der i en given situation har ansvaret for de enkelte dele af medicinhandlingen ved flere involverede.

Afgørelse 42 Ansvarsfordeling [1187404P](#)

En patient på et plejehjem var i medicinsk behandling, blandt andet med mikstur Trileptal 300 mg x 3 dagligt på grund af epilepsi med kramper.

En dag foretog en social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske omregning af Trileptal fra mg til ml. De blev enige om, at der skulle gives 5 ml mikstur Trileptal 60 mg/ml, hvilket var korrekt.

Herefter doserede social- og sundhedsassistenten imidlertid fejlagtigt en 10-dobbelt dosis på 50 ml Trileptal og gav det til patienten. Efter indgift af 30 ml mikstur Trileptal stoppede social- og sundhedsassistenten op og reflekterede over mængden af medicin. Hun sagde til sygeplejersken, at det virkede af meget, hvorefter sygeplejersken svarede, at de var enige om, at der skulle gives 5 ml. Social- og sundhedsassistenten fortsatte og gav tillige de sidste 20 ml. Patienten blev herefter indlagt og afgik ved døden dagen efter. Sygeplejersken gik til og fra stuen på grund af nødkald fra andre patienter.

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere sygeplejersken. Nævnet fandt, at sygeplejersken korrekt to gange havde sikret sig, at omregningen gav en korrekt dosis på 5 ml. Nævnet fandt endvidere, at sygeplejersken ikke deltog i selve den fejlagtige ophældning og indgift af den 10-dobbelte dosis på 50 ml og ikke havde kendskab hertil.

Patientklagenævnet udtalte kritik af social- og sundhedsassistenten og indskærpede overfor hende at udvise større omhu i sit fremtidige virke.

Det var nævnets vurdering, at det var social- og sundhedsassistenten, der havde ansvaret for ophældning og indgift af medicinen. Nævnet vurderede, at såfremt social- og sundhedsassistenten var i tvivl om den korrekte medicinmængde, havde hun pligt til at sige fra ved mistanke om fejl eller anden misforståelse. Social- og sundhedsassistenten burde derfor ved indgiften af det første bæger på 30 ml Tripleptal havde reageret på fejlen og sin undren og tilkaldt en sygeplejerske, frem for blot at give patienten yderligere 20 ml Tripleptal i ernæringssonden.

14.2 Plejepersoners konkrete delegation til andre plejepersoner

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, at når en plejeperson har påtaget sig en opgave, er pågældende ansvarlig for den fornødne instruktion i tilfælde af, at han/hun overdrager opgaven til en anden person.

Ved konkret uddelegering af medicineringsopgaver skal den plejeperson, der uddelegerer en opgave, give instruktion til modtageren af opgaven og sikre sig, at modtageren har forstået opgaven. Jo kortere sundhedsfaglig uddannelse og jo mindre erfaring, modtageren af opgaven har, jo større er kravene til instruktionen, tilsyn og sikringen af modtagerens forståelse af instruktionen.

Følgende afgørelser er eksempler på, at den plejeperson, der uddelegerer en medicineringsopgave til en anden plejeperson, skal sikre sig, at opgaven er forstået.

Afgørelse 6 Sikring af fornøden instruktion ved uddelegering af opgaver [1081706P](#)

En sygeplejerske var i gang med at ophælde medicin i medicinrummet. En sygehjælper kom og spurgte, om hun måtte give medicin til patienten på stue 15, seng 2. Sygeplejersken kontrollerede medicinen og patientens navn og gav medicinen til sygehjælperen, som var med til at kontrollere. Da sygeplejersken var færdig med medicinophældningen, spurgte hun sygehjælperen, om hun havde givet medicin til patienten stue 15, seng 2. Da fandt sygeplejersken ud af, at medicinen var givet til patienten på stue 14, seng 2 i stedet.

Patientklagenævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken.

Det var nævnets opfattelse, at det var sygeplejerskens opgave at ophælde og give medicin, men at hun på baggrund af en forespørgsel fra sygehjælperen valgte at uddelegere medicingivningen til sygehjælperen. I et sådant tilfælde var det efter nævnets opfattelse sygeplejerskens opgave at sikre sig, at sygehjælperen modtog den fornødne instruktion.

På denne baggrund var det nævnets vurdering, at sygeplejersken ikke på tilstrækkelig vis instruerede sygehjælperen i, at hun skulle kontrollere patientens identitet, inden hun udleverede medicinen.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 6.1)

Afgørelse 43 Uddelegering af medicineringsopgave vedrørende adrenalin [0872205P](#)

En sygeplejerske uddelegerede en medicineringsopgave til en social- og sundhedsassistent. Social- og sundhedsassistenten skulle således give en patient en injektion med lægemidlet Vibeden. Social- og sundhedsassistenten skulle endvidere medbringe adrenalin for det tilfælde, at patienten fik en allergisk reaktion. Social- og sundhedsassistenten gav imidlertid patienten en blanding af Vibeden og adrenalin, og havde således ikke forstået, at adrenalinen kun skulle gives, hvis patienten fik en allergisk reaktion.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejersken, fordi hun ikke sikrede sig, at social- og sundhedsassistenten havde forstået opgaven.

Nævnet udtalte endvidere kritik af social- og sundhedsassistenten, da hun burde have sikret sig, at hun havde forstået instruktionen vedrørende injektion med Vibeden, samt årsagen til at hun skulle have adrenalin med ud.

Afgørelse 14 Manglende reaktion på overdosis med insulin [1080507P](#)

En sygeplejerske havde bedt en social- og sundhedsassistent om at aflægge en patient et besøg samme aften, efter konstatering af at social- og sundhedsassistenten tidligere samme dag havde foretaget en overmedicinering med insulin. Social- og sundhedsassistenten glemte imidlertid at aflægge besøget. Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejersken, idet nævnet vurderede, at sygeplejersken godt kunne regne med, at social- og sundhedsassistenten gjorde, som de havde aftalt.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 8.2 og 13.)

15. Ledelsens ansvar

Selvom der gælder det princip, at hver plejeperson har et selvstændigt ansvar for sin egen behandling og medicin håndtering, er det stadig relevant at belyse, hvilket ansvar ledelsen har i forhold til medicin håndtering i sygeplejen.

Det er vigtigt at sætte fokus på, at ledelsen har et ansvar for, at plejepersonerne kan varetage deres pleje og medicin håndtering sundhedsfagligt forsvarligt. Den enkelte plejeperson har en selvstændig pligt til at sige fra i forhold til opgaver, som man er usikker på og ikke finder kan udføres sundhedsfagligt forsvarligt. Det er dog relevant i nogle tilfælde at undersøge, om ledelsen skal bære et ansvar for, at der generelt ikke er sikret sundhedsfagligt forsvarlige procedurer eller kendskab til disse hos plejepersonerne. Det kan endvidere være relevant at undersøge, om ledelsen har gjort tilstrækkeligt for at følge op på konstaterede uregelmæssigheder ved plejepersoners medicin håndteringsprocedurer eller dokumentation.

Det er tillige relevant for den enkelte plejeperson at vide hvilke krav, der stilles til ledelsen vedrørende medicin håndtering, således at man ved, hvilke forhold man kan forvente, at ledelsen tager ansvar for at sikre.

15.1 Ansvar for hvad

Det er ledelsen, der skal sikre, at de plejepersoner, der varetager medicin håndtering, er tilstrækkeligt oplært heri og kender de gældende procedurer og instrukser, der vedrører medicin håndtering. Det er ligeledes ledelsens ansvar at følge op på problemer, der viser sig hos plejepersoner vedrørende medicin håndteringsprocedurerne eller problemer med dokumentation vedrørende medicin håndtering, og tvivl hos plejepersoner om instruksers betydning m.m.

Det fremgår således af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler punkt 3.2, at det er ledelsens ansvar,

- at arbejdet er tilrettelagt på en sådan måde, at kvaliteten i patientbehandlingen sikres bedst muligt
- at medicin håndtering så vidt muligt kan foregå uforstyrret
- at der er instrukser for plejepersoners håndtering af medicin
- at plejepersoner, der udfører medicin håndtering, er oplært heri
- at der foreligger instrukser for identifikation af både patient og lægemiddel, for håndtering af dosisdispenseret medicin og for formidling af oplysninger om ordineret medicin ved indlæggelse på og udskrivelse fra sygehus, herunder oplysning om dosisdispensering.

15.2 Særligt for hjemmesygeplejen og plejeboliger m.v.

Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, at den enkelte beboer normalt har sin egen praktiserende læge, og at det i mange tilfælde er nødvendigt, at plejepersoner hjælper en beboer med medicin håndtering.

Plejeboligens ledelse har ansvaret for,

- at der foreligger instrukser for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af medicin håndtering, herunder for håndtering af dosisdispenseret medicin, for dokumentation af medicinordinationer m.m.
- at der er instruks for det nødvendige samarbejde med de behandlende læger
- at der føres relevante optegnelser om medicin håndtering i de sygeplejefaglige optegnelser
- at de plejepersoner, der udfører medicingivning, er instrueret og oplært heri.

15.3 Særligt for sygehuse - afdelingsinstrukser

Det fremgår af vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, at de enkelte sygehusafdelinger og lignende enheder inden for sundhedsvæsenet skal udforme klare retningslinjer for identifikation af patienter og sikring mod forveksling eller forbytning af oplysninger. Ved oplysninger forstås journaloptegnelser og andre papirer samt diagnostisk materiale, der vedrører en patient.

Afdelingsledelsen skal sikre, at de relevante instrukser findes. Ledelsen skal informere de berørte plejepersoner om afdelingens gældende instrukser, der bør findes i samlet, lettilgængelig form.

Det fremgår endvidere af vejledningen, at der skal udarbejdes en generel instruks for at fastlægge afdelingens sædvanlige principper for personidentifikation, for mærkning og kontrol af oplysninger samt for entydige og fuldstændige optegnelser. Den generelle instruks skal indskærpe, at enhver tvivl om personidentitet eller tvivl om, hvorvidt oplysninger er overensstemmende, entydige og fuldstændige, skal føre til kontrol/efterprøvning, inden ordinationen eller rekvisitionen udføres.

Desuden fremgår det af vejledningen, at der i de enkelte afdelinger kan være behov for mere detaljerede sikkerhedsprocedurer for ofte forekommende arbejdsrutiner, hvor der kan være en særlig risiko for fejl, eller hvor fejl kan lede til særligt alvorlige konsekvenser. Således skal der på afdelingen foreligge en instruks for identifikation af lægemiddel og patient i forbindelse med medicingivning. Det skal fremgå, hvem der er ansvarlig for korrekt identifikation. Instruksen kan indgå i afdelingens skriftlige instruktioner for håndtering af lægemidler.

15.4 Vurderingen af ledelsen

Den ledende sundhedsperson vurderes ud fra autorisationslovens § 17 og således ud fra normen for almindelig anerkendt faglig standard. Det vurderes for eksempel, om den ledende sundhedsperson har udarbejdet instruksen i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard i forhold til instruksens indhold, og om den således blandt andet er tilstrækkeligt dækkende og klar i forhold til ansvarsfordeling.

Det er den ledende sundhedsperson, der havde ansvaret for udarbejdelse og indholdet af den konkrete instruks på behandlingstidspunktet, der vurderes. Det kan også være den ledende sundhedsperson, der konkret har fået kendskab til problemer i sygeplejen og således har et ansvar for at følge op, der vurderes.

15.5 Hvornår vurderes ledelsens ansvar

Nævnet har kompetence til at vurdere ledelsens ansvar i sager, hvor der udtrykkeligt er klaget over ledelsen. Ledelsens ansvar vurderes endvidere i sager, hvor oplysningerne i sagen tyder på, at den ledende sundhedsperson ikke har levet op til sit ansvar i forhold til det forhold, der er klaget over. Derudover er det praksis, at i sager, hvor disciplinærnævnet ikke har kompetence til at vurdere involverede sundhedspersoner, såsom f.eks. social- og sundhedshjælpere, overvejes det at undersøge, om ledelsen har et ansvar for den instruks vedrørende det forhold, der er klaget over. Det samme kan være gældende i sager, hvor det ikke kan afklares hvilke sundhedspersoner, der var involveret i en medicinhandling eller manglende medicinering.

15.6 Afgørelser

Nedenfor følger to eksempler på afgørelser, hvor det er vurderet, om ledelsen havde udarbejdet en tilstrækkelig instruks. Den første afgørelse viser endvidere, at ledelsen har pligt til at følge op på uregelmæssigheder i plejepersoners medicinadministration og sikre plejepersoners overholdelse af instrukser om medicinhandling.

Afgørelse 44 Instruks og opfølgning på medicineringsproblemer [1081707P](#)

På et plejehjem blev der konstateret flere tilfælde af manglende medicingivning til en beboer efter de pårørendes klage over fund af ubrugte medicindoseringsposer i beboerens badeværelsesskab. Plejehjemslederen, der var sygeplejerske, blev vurderet i forhold til, om der var en relevant instruks om medicinhandling, og om det blev sikret, at personalet efterlevede denne.

Instruksen om medicinhandling angav blandt andet, at medicin skulle være lægeordineret, at ordinationer skulle dokumenteres, at personalet skulle tælle doseret medicin inden udlevering, og at der skulle journalføres patientens nægtelse af at indtage medicin samt tilkaldes en relevant fagperson.

Plejehjemslederen handlede ved straks at forelægge personalet problemstillingen og fremlægge en handlingsplan. Det personale, der var impliceret i sagen, blev indkaldt til personlig samtale, hvor de fik påpeget deres ansvar omkring medicingivning. Der blev foretaget en egenkontrol af alle beboeres medicin. På baggrund af klagen blev plejehjemmets interne medicinkontrol endvidere fremskyndet.

Patientklagenævnet udtalte ikke kritik af plejehjemslederen. Det var nævnets vurdering, at den omtalte instruks for medicinhandling var udformet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Det var videre nævnets vurdering, at plejehjemslederen handlede relevant, da hun fik kendskab til problemet ved at tale med de involverede sundhedspersoner, indskærpe den gældende instruks på området og fremskynde intern medicinkontrol.

Afgørelse 45 Utilstrækkelig instruks vedrørende ansvarsfordeling [1186919P](#)

En kvinde med blodtype rhesus negativ fødte et barn, og der blev taget en blodprøve efter fødslen til blodtypebestemmelse for at undgå blodtypeimmunisering hos moderen. Blodprøven viste, at barnet havde blodtypen rhesus positiv, hvorfor der var risiko for, at kvinden ville danne antistoffer mod fremtidige fostres blodlegemer. Der blev imidlertid ikke givet moderen anti-D, efter blodprøvesvaret kom til afdelingen, selvom anti-D skal gives inden 72 timer efter fødslen.

Da det ikke kunne oplyses, hvilken sundhedsperson der modtog svar om barnets blodtype og burde have sørget for, at der blev givet anti-D, var det alene muligt at vurdere, om ledelsen havde udarbejdet en tilstrækkeligt dækkende instruks.

Det fremgik af afdelingens instruks vedrørende blodtypeimmunisering, at en rhesus-negativ kvinde uden rhesus-antistoffer, der føder et rhesus-positivt barn, skal have anti-D senest 72 timer efter fødslen.

Disciplinærnævnet udtalte kritik af den ledende oversygeplejerske for indholdet af instruksen.

Det var disciplinærnævnets opfattelse, at der udover denne instruks burde have foreligget retningslinier for, hvordan personerne sikrede, at moderen modtog anti-D senest 72 timer efter fødslen af sin søn, herunder retningslinier for ansvarsfordelingen. Det var videre disciplinærnævnets opfattelse, at dette ansvar påhvilede den ledende oversygeplejerske.

Følgende afgørelse er et eksempel på, at ledelsen kan vurderes i forhold til, om der er sikret tilstrækkelig oplæring af plejepersonerne i medicinbehandling.

Afgørelse 46 Sikring af at plejepersonerne er oplært i medicin-givning [1082923P](#)

I en periode var der hos en plejehjemsbeboer manglende overensstemmelse mellem de lægelige ordinationer af insulin, dokumentationen i den elektroniske patientjournal og den givne insulin til beboeren.

Plejehjemsforstanderen, der var sygeplejerske, blev vurderet i forhold til, om hun havde sikret, at plejepersonerne kunne udføre insulinbehandlingen på betryggende vis.

Det fremgik af lokale retningslinier for social- og sundhedsassistenteres deltagelse i medicinadministration, at oplæring til varetagelse af medicinadministration efter delegation omfattede gennemgang af proceduren for medicinbehandling på plejecentret, gennemgang af kompetencebeskrivelse for social- og sundhedsassistenteres deltagelse i medicinadministration samt observationer af virkning og bivirkning, interaktion og indgiftsmåder af medicin, samt relevant handling på bivirkninger.

De plejepersoner, som gav beboeren injektionerne, var oplært i det, og der var fra forstanderens side ikke tvivl om, at de kunne magte opgaven, indtil denne sag viste, at der var fejl og usikkerhed omkring dokumentationen og udførelsen af ordinationerne.

Patientklagenævnet udtalte ikke kritik af plejehjemsforstanderen.

Det var nævnets vurdering, at plejehjemsforstanderen på relevant vis havde sikret sig, at plejepersonerne, som var involveret i plejen og behandlingen af beboerens sukkersyge, var i stand til at udføre opgaven med insulinordinationen på betryggende vis.

16. Patienters selvbestemmelsesret og selvadministration af medicin

16.1 Selvbestemmelsesret vedrørende medicin

Princippet om patienters selvbestemmelsesret er et grundlæggende princip i sundhedsretten. Det fremgår af sundhedslovens § 15, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Det fremgår af sundhedslovens § 18, at de nærmeste pårørende kan give informeret samtykke til behandling for en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke.

Plejepersoner skal således respektere patienters ret til selvbestemmelse, også vedrørende patientens medicin. Det kan dog give anledning til tvivl i praksis, hvornår en patient selv er i stand til at tage stilling til sin medicinering.

For patienter på plejehjem og i plejeboliger beskriver vejledning om patienters og beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger deres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger. Principperne om selvbestemmelse i vejledningen gælder dog generelt, og således også uden for plejeboliger og plejehjem.

16.1.1 Habile voksne personers selvbestemmelse

Det fremgår af vejledningen om patienter og beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, at pleje og behandling af en beboer normalt ikke må påbegyndes eller fortsættes, uden beboeren har givet informeret samtykke hertil. Der er tale om et grundlæggende princip om ret til selvbestemmelse.

En sundhedsperson er som udgangspunkt forpligtet til at følge en voksen habil beboers eller patients ønsker i forbindelse med beslutningen om, hvorvidt en tilbudt behandling, herunder medicinering, skal iværksættes eller ej, eller om en allerede iværksat behandling skal ophøre. Det gælder både, når beboerens sygdom er relativt harmløs, og i den situation hvor behandling er livsnødvendig.

En beboer eller patient kan ikke kræve en bestemt pleje, behandling eller medicinering. Det er de sundhedspersoner, der er ansvarlige for pleje og behandling af beboeren eller patienten, der på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering er ansvarlig for valg af og udførelse af den konkrete pleje, behandling og medicinering.

En beboer eller patient kan eksempelvis ikke stille krav om at ville have sovemedicin eller at blive indlagt, når der efter en sundhedsfaglig vurdering ikke er behov herfor.

Et informeret samtykke fra en beboer eller patient forudsætter, at denne er i stand til at handle fornuftsmæssigt og dermed er i stand til at overskue behandlingssituationen og konsekvenserne af sin stillingtagen.

Den omstændighed, at en person er beboer på et plejehjem, indebærer ikke i sig selv en begrænsning i selvbestemmelsesretten.

Følgende afgørelser er eksempler på, at habile patienter selv kan bestemme over egne forhold, herunder deres medicin.

Afgørelse 47 Patients selvbestemmelsesret vedrørende medicin
[12F004](#)

Der blev ordineret to smertestillende præparater til en patient på et plejehjem. Der var tale om medicin i form af Dolol og Brufen efter behov. Patienten var fuldt habil til at bestemme, at hun ikke ønskede behandling med smertestillende medicin Dolol. Hun fik i stedet kun medicinen Brufen til smertedækning.

Disciplinærnævnet udtalte ikke kritik, da de involverede plejepersoner på relevant vis respekterede patientens selvbestemmelsesret og udleverede smertestillende medicin i form af Brufen til patienten, som var habil i forhold til varetagelse af egne helbredsforhold.

Afgørelse 48 Respekt af patients ønske om selv at knuse sine piller
[1082918P](#)

En patient på et hospital havde ved indlæggelsen en mavesonde, der var blevet anlagt blandt andet på grund af synkebesvær. Patienten måtte derfor ikke indtage væske og ernæring gennem munden. Patienten havde selv varetaget sin ernæring, medicinering og pleje af sonden i hjemmet.

Patienten bad under indlæggelsen om at få udleveret to skeer, så han selv kunne knuse sin medicin. En social- og sundhedsassistent fortalte ham, at hun nok skulle knuse hans medicin, men det afviste patienten. Han fik så udleveret to skeer. Social- og sundhedsassistenten sørgede for, at den knuste medicin blev opløst i vand og tilbød at hjælpe med at give dette i sonden, hvilket blev afslået af patienten.

Social- og sundhedsassistenten vurderede, at patienten var klar og relevant, og at han med tålmodighed uden problemer kunne kommunikere, hvad han ønskede.

Patientklagenævnet fandt, at det i forbindelse med enhver indlæggelse er vigtigt, at patienten fortsat bevarer de færdigheder, patienten vanligt udfører, for ikke at opleve, at "alt bliver taget fra patienten", og for at hindre tab af færdigheder, som blot sætter patienten længere tilbage i rollen som syg.

Nævnet udtalte ikke kritik af social- og sundhedsassistenten og vurderede, at hun var meget bevidst omkring vigtigheden af kommunikationen med patienten, og vigtigheden af at opnå en god løsning på en hensigtsmæssig måde for patienten. Nævnet vurderede, at social- og sundhedsassistenten på relevant vis respekterede patientens ønske om selv at ville hælde medicin i sonden.

16.1.2 Varigt inhabile personers selvbestemmelse

Det fremgår af vejledning om patienter og beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, at hvis en beboer på plejehjem varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, dvs. at evnen til at handle fornuftsmæssigt er varigt fraværende, skal sundhedspersonalet tage stilling til, om der er andre, der på beboerens vegne kan give informeret samtykke, eller om der er hjemmel til at iværksætte behandling uden samtykke. Om en beboer er at anse for varigt inhabil må som udgangspunkt bero på en lægefaglig vurdering.

Beboere, der er varigt inhabile, er først og fremmest voksne personer med nedsat psykisk funktionsevne. Det afgørende er, om beboeren kan forholde sig fornuftsmæssigt til pleje- og behandlingsforslag, herunder medicineringen.

Selv om en beboer må anses for at være varigt inhabil, kan beboeren i perioder være så klar i bevidstheden og opfattelseevnen, at vedkommende er i stand til at tage stilling til behandling. En dement beboer kan eksempelvis i en konkret situation tage stilling til mindre indgribende former for behandling, men måske ikke være i stand til at overskue at tage stilling til mere komplicerede former for behandling.

Det er beboeren selv, der skal tage stilling, hvis den pågældende i den konkrete situation er i stand hertil.

Plejepersonerne skal være opmærksomme på, at en patient, som har begyndende demens, godt selv kan være i stand til at vurdere, om vedkommende ønsker medicin. En plejeperson skal således foretage en konkret vurdering af beboeren eller patienten i forhold til hvilken slags sygdom og stadie af sygdommen, der er tale om.

Afgørelse 44 Konkret vurdering af omfanget af demens [1081707P](#)

En patient på et plejehjem var i stand til at forstå og svare relevant, idet hans demens mest omfattede følelsesmæssige sider, som for eksempel impulsstyring. Patienten havde aldrig udtrykt ønske om pårørendes involvering.

Patientklagenævnet fandt, at patienten var i stand til relevant at forholde sig til behandling med antidepressiv medicin.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 15.6.)

16.1.3 Information og inddragelse af inhabile personer

Det fremgår af vejledning om patienter og beboeres retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, at selv om en varigt inhabil beboer ikke kan give et informeret samtykke, så skal beboeren, i det omfang beboeren forstår behandlingssituationen, informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, med mindre det vil skade den

pågældende. Den pågældendes tilkendegivelser skal tillægges betydning i det omfang, de er aktuelle og relevante.

Hvis en varigt inhabil beboer eller patient skal have medicin, og nærmeste pårørende har givet samtykke til behandlingen, skal beboeren eller patienten have mulighed for at tilkendegive sin holdning til medicinen ved, at der bliver foretaget "åbenlys" medicinering.

Hvis den varigt inhabile beboer eller patient protesterer mod at tage medicinen, kan plejepersonen eksempelvis åbenlyst lægge tabletterne i lidt yoghurt eller knuse tabletterne og blande dem i drikkevarer og igen "åbent" forsøge, om beboeren eller patienten nu vil tage medicinen. Således at beboeren eller patienten bliver gjort opmærksom på og ser medicinen, før den indtages.

Medicinen må ikke "gemmes" ved eksempelvis at komme den i kaffen, lægge den under pålægget på brød eller blande den i leverpostej eller lignende, der skal smøres på brød, uden at beboeren har set det.

16.1.4 Afvisning af medicin – både habile og inhabile personer

Patienters selvbestemmelsesret medfører en ret til at afvise indtagelse af medicin. En sådan beslutning fra en patients side skal respekteres af plejepersoner. En plejeperson har således ikke et ansvar for, at en patient indtager den medicin, der er ordineret og doseret til vedkommende, hvis medicinen afvises. En plejeperson bør opfordre patienten til at indtage ordineret medicin, men kan ikke tvinge patienten til indtagelse.

Det er vigtigt, at plejepersoner journalfører en patients afvisning af medicin. Der er flere årsager til dette. For det første er dokumentation af en patients afvisning af medicin vigtig af hensyn til overblikket over, i hvilket omfang medicinen faktisk indtages, og om der for eksempel skal reageres på, hvis daglige afvisninger af vigtig medicin bliver problematisk for patientens helbred. Dokumentationen er endvidere vigtig af hensyn til dokumentationen for plejepersonernes administration af medicineringen af patienten, herunder også for plejepersonens egen dokumentation af, at medicinen er tilbudt patienten i overensstemmelse med ordinationen, og at den manglende medicinering således ikke skyldes en fejl fra plejepersonens side.

Følgende afgørelser er eksempler på patienters afvisning af medicin og på vigtigheden af plejepersoners dokumentation heraf.

Afgørelse 49 Journalføring af patientens indtagelse og afvisning af medicin [0977703P](#)

En patient på et plejehjem ønskede ikke altid at tage sin medicin. Nævnet udtalte ikke kritik af sygeplejepersonalet, idet nævnet vurderede, at der i sygeplejefjournalen var regelmæssige notater om patientens medicinindtag, og at det blev noteret, hvornår patienten ikke umiddelbart ville tage tabletterne og noteret, hvornår disse blev givet. Endvidere fremgik dato for ordination, indgiftsform, styrke og tidspunkt for indgift af medicinarket. Desuden fremgik antal tabletter, som skulle gives på det konkrete tidspunkt, hvorfor det efter nævnets opfattelse var muligt at efterkontrollere doseringen for eventuelle fejl, hvilket var en stor fordel, når der blev udleveret medicin.

Afgørelse 29 Patientens afvisning af medicin [1190002P](#)

En patient på en medicinsk afdeling på et hospital var i behandling med forskellig slags medicin. En dag afslog han at tage den tilbudte medicin, idet han ikke havde fået morgenmad. Den behandlende sygeplejerske konfererede afvisningen af medicinen med den stuegangsgående læge. Dette blev ikke noteret i journalen.

Disciplinærnævnet udtalte ikke kritik af sygeplejersken for sin håndtering af patientens afvisning af medicinen. Nævnet vurderede, at det ikke var muligt for sygeplejersken at få patienten til at tage den ordinerede medicin, men at hun på relevant vis fremskaffede og tilbød ham den, ligesom hun på relevant vis konfererede afvisningen med den stuegangsgående læge.

Nævnet udtalte kritik af sygeplejerskens journalføring. Nævnet fandt, at sygeplejersken burde have journalført, at hun fremskaffede patientens medicin, at patienten afviste medicinen, og at dette blev konfereret med en læge.

(Afgørelsen er tillige omtalt i afsnit 10.3.)

16.2 Selvadministration

En patient kan ønske selv at varetage administrationen af sin medicin. Det fremgår af vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, at nogle patienter under indlæggelse på sygehus selv kan administrere deres medicin, og at forældre kan administrere medicin til deres børn. Den ordinerende læge har ansvar for at vurdere, om en patient er i stand til at administrere sin medicin på betryggende måde uden bistand fra plejepersoner, eller om den pågældende skal tilbydes hjælp.

Selvom en patient har selvbestemmelsesret og er i stand til at varetage administrationen af egen medicin, kan plejepersoner også have et ansvar i forbindelse med patienters selvadministration af medicin. Plejepersoner har eksempelvis et ansvar for at instruere patienten korrekt og tilstrækkeligt ved patientens opstart af selvadministrationen. Der kan eventuelt anvendes doseringsæsker, hvor plejepersonerne sørger for ophældning af medicinen, mærkning af doseringsæsken med patientens navn og personnummer, vejledning af patienten og for at patienten har en medicinliste med oversigt over ophældt medicin. Plejepersonerne skal endvidere sikre, at medicinen kan opbevares under betryggende forhold. Endvidere har plejepersoner et ansvar for at reagere på observationer af, at en patient muligvis ikke længere er i stand til at varetage selvadministration af medicin.

Plejepersonerne har ikke ansvar for, at patienten indtager medicinen, når patienten selv administrerer sin medicin. Såfremt plejepersoner får kendskab til, at patienten ikke tager den ordinerede medicin som foreskrevet, skal lægen orienteres, og det skal journalføres.

Det skal journalføres, at en patient selv administrerer sin medicin.

16.2.1 Vejledning af patienten i forbindelse med selvadministration

Ved selvadministration af medicin er det patientens eget ansvar at indtage medicinen. Der påhviler dog plejepersonen en pligt til at reagere, hvis der opstår mistanke om, at medicinen ikke håndteres eller indtages korrekt og forsvarligt.

Plejepersonerne skal sikre, at der forud for opstart af medicineringen er givet den fornødne information, oplæring og vejledning til patienten. Dette gælder ikke kun måden, hvorpå medicinen gives, men også korrekt tidspunkt for indtagelse af medicinen, korrekt injektion m.m. Også ved overgange, eksempelvis fra sygehus til eget hjem eller plejebolig, bør den plejeperson, som fortsætter den ordinerede medicinering, sikre sig, at patienten har modtaget den fornødne information og vejledning om selvadministration af medicin.

16.2.2 Vurderingen af forsvarlighed af selvadministration

Plejepersonerne skal løbende vurdere patientens helbred og forsvarligheden af selvadministration af medicin og skal overtage medicinadministrationen, når dette skønnes nødvendigt, dog med respekt for patientens ønsker.

For eksempel kan en patient, som selv ønsker at varetage sin medicinering på sigt, ønske hjælp til opstart af medicinsk behandling. Såfremt patienten ikke er i stand til selv at varetage medicineringen undervejs, bør plejepersonerne overtage denne, indtil patienten igen selv kan forestå medicineringen.

Følgende afgørelse viser, at plejepersoner bør foretage en løbende vurdering af patientens tilstand, idet denne kan ændre sig.

Afgørelse 50 Vurdering af behov for hjælp til medicingivning [1083011P](#)

En patient på et sygehus blev indlagt med henblik på en operation. Patienten blev vurderet egnet i forhold til selvadministration af sin Parkinson medicin. Efter operationen var patienten noget forvirret, og det blev noteret, at han skulle observeres med henblik på, om han havde styr på sine piller.

Nævnet udtalte kritik til to sygeplejersker.

Nævnet fandt, at sygeplejerskerne burde have sikret, at patienten var blevet hjulpet med administration af sin medicin, indtil han igen var i sin habituelle tilstand, idet det efter operationen blev noteret, at patienten virkede noget forvirret. Nævnet lagde vægt på, at det er almindeligt kendt, at specielt ældre mennesker kan blive forvirrede efter narkose og efter indtagelse af smertestillende medicin.

16.2.3 Selvadministration ved hjælp af pårørende

Det er almindelig anerkendt, at man kan benytte sig af pårørendes hjælp til patientens selvadministration. De pårørende skal i disse tilfælde instrueres nøje af plejepersonen i, hvordan medicinen skal administreres. Ofte er det en hjælp for patienten, at pårørende administrerer medicinen, idet man herved ikke behøver at være afhængig af hjemmesygeplejen eller af at skulle henvende sig på sygehuset eller hos lægen i forbindelse med medicinering.

Følgende afgørelse viser, at det er almindelig praksis, at pårørende kan hjælpe en patient med injektioner derhjemme.

Afgørelse 51 Pårørendes hjælp til selvadministration [0978114P](#)

En patients hustru indvilligede i at hjælpe patienten med administration af injektioner med Klexane, som er blodfortyndende medicin. Efterfølgende blev der klaget over, at man ikke burde have overladt det til patientens hustru at give ham medicinindsprøjtninger.

Nævnet udtalte ikke kritik.

Nævnet udtalte, at det er almindelig praksis at oplære patienter eller pårørende i selvinjektion med Klexane, og at mange patienter, der i øvrigt er selvhjulpne, er tilfredse med en sådan ordning, da de derved slipper for dagligt at være afhængige af hjemmesygeplejen. Såfremt en patient eller dennes pårørende føler utryghed ved proceduren, kan hjemmesygeplejen involveres.

17. Vurderingen af sager om fejlmedicinering

17.1 Nævnets reaktionsmuligheder

Når Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn træffer afgørelser, har nævnet mulighed for, at graduere sin reaktion i den konkrete afgørelse.

Hvis nævnet finder anledning til at kritisere den sundhedsfaglige behandling, som en plejeperson har udført, er udgangspunktet, at det sker ved en kritik af, at plejepersonen ikke har udvist den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed, jf. § 17 i lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Nævnet kan imidlertid også vælge at udtale kritik og yderligere indskærpe plejepersonen at udvise større omhu i sit fremtidige virke. Nævnet giver indskærpelse i en mindre del – ca. 10 til 15 procent – af alle de sager i nævnet, som giver anledning til kritik.

Endelig kan nævnet beslutte at anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale, hvis nævnet udover at finde grundlag for kritik og indskærpelse til plejepersonen også finder begrundet mistanke om, at sundhedspersonen ved sin sundhedsfaglige virksomhed har gjort sig skyldig i et strafbart forhold efter autorisationslovens § 75 om grovere eller gentagen forsømmelse. Denne mulighed benyttes kun i meget få afgørelser.

17.2 En konkret vurdering

Alle afgørelser, der træffes af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, træffes på baggrund af en konkret vurdering af sagens oplysninger og ud fra en konkret vurdering af, om der er grundlag for at kritisere sundhedspersonen og i givet fald, hvor alvorlig en fejl eller forsømmelse der er tale om. Der vil ofte være flere elementer i samme sag, der kan tillægges vægt. Der kan således både være omstændigheder, der trækker i formildende retning, og andre, der trækker i skærpende retning, ved vurderingen af, om der skal udtales kritik af en sundhedsperson og hvilken grad af kritik, der skal udtales.

Der er nogle forhold inden for medicin håndtering i sygeplejen, hvor plejepersonerne efter nævnets opfattelse har grund til at udvise særlig opmærksomhed. I de konkrete afgørelser indgår spørgsmålet om, hvorvidt plejepersonen har udvist den påkrævede særlige opmærksomhed i nævnets konkrete vurdering af, om der er grundlag for at udtale kritik, og om kritikken eventuelt skal skærpes.

På samme måde vil eventuelle formildende omstændigheder i sagen indgå i vurderingen af sundhedspersonens handlinger og undladelser i fejlmedicineringssager. Det kan eksempelvis efter omstændighederne være en formildende omstændighed, at en plejeperson på relevant vis har spurgt mere erfarne kolleger om hjælp i forbindelse med en medicin håndteringsopgave.

Det er som udgangspunkt ikke en formildende omstændighed i forhold til nævnets vurdering af den fejl, der førte til fejlmedicineringen, at der var travlhed eller var en hektisk situation, hvor plejepersonerne måtte foretage en medicinering. Derimod er det

nævnets praksis, at når der er tale om en hektisk situation, må plejepersonen erkende, at der netop på grund af den hektiske stemning er en øget risiko for fejl, hvorfor det er nødvendigt at tage sig den fornødne tid til at få overblik eller ro til at udføre medicinhåndteringen korrekt.

På samme måde er det heller ikke en formildende omstændighed i forhold til vurderingen af selve medicineringsfejlen, at plejepersonen efter konstateringen af fejlmedicineringen handlede relevant ved at tilkalde en læge, ved at observere patienten, at informere patienten, at afbryde fejlmedicineringen med mere. Det skyldes, at plejepersonen er underlagt en særlig omsorgspligt over for patienten, hvorfor opfyldelse af denne pligt ikke kan anses som en formildende omstændighed. Undladelse af at handle relevant efter en fejlmedicinering kan derimod være en særskilt omstændighed, der sammen med vurderingen af medicineringsfejlen kan tillægges vægt ved vurderingen af, om der er grundlag for at give en kritik med indskærpelse eller for oversendelse af sagen til anklagemyndigheden efter autorisationslovens § 75.

17.3 Nævnets praksis i afgørelser om fejlmedicinering

Det er kendetegnende for plejepersoners ansvar vedrørende medicinhåndtering, at de skal foretage mange kontroller af deres medicinering i løbet af medicineringsprocessen. En plejeperson skal således blandt andet foretage en kontrol af, om der er tale om rette patient, lægemiddel, dosis, administrationsmåde og -tidspunkt.

De fleste medicineringsfejl sker på grund af utilstrækkelig kontrol eller opmærksomhed. Samtidig er det oftest plejepersonens opgave alene at udføre medicinhåndtering i henhold til en angivet ordination, og udførelsen kræver således som udgangspunkt ikke, at plejepersonen skal foretage et selvstændigt skøn.

Spørgsmålet om, hvorvidt en plejeperson har foretaget en tilstrækkelig kontrol i de forskellige dele af medicineringsprocessen samt har reageret og undersøgt tilstrækkeligt eller sagt fra på relevant vis, indgår som et moment blandt de øvrige i vurderingen af plejepersoners ansvar.

Det er som udgangspunkt nævnets praksis, at plejepersoners forsømmelser og forglemmelser i forbindelse med medicinhåndtering er udtryk for manglende omhu og samvittighedsfuldhed og således giver grundlag for kritik, som efter en konkret vurdering af de samlede forhold i en sag endvidere kan medføre en indskærpelse om, at plejepersonen skal udvise større omhu i sit fremtidige virke.

17.4 Forhold der kræver udvisning af særlig opmærksomhed

Efter nævnets praksis stilles der i en række situationer ved medicinhåndtering krav om, at plejepersonerne udviser særlig opmærksomhed.

Hvis plejepersonerne ikke har udvist en sådan særlig opmærksomhed, indgår disse forhold sammen med sagens øvrige konkrete omstændigheder i nævnets vurdering af, om der er grundlag for ikke bare at udtale kritik, men eventuelt også indskærpe

plejepersonen at udvise mere omhu og samvittighedsfuldhed i sit fremtidige virke eller i de meget grove tilfælde for at oversende sagen til anklagemyndigheden.

Plejepersoner bør blandt andet udvise særlig opmærksomhed ved:

- **Medicinhandling med potente lægemidler**

*Ved et potent præparat forstås et præparat, der er livsnødvendigt for patienten. Et præparat kan ligeledes være potent, hvis det er livsfarligt eller kan give skader, hvis det gives i en større dosis eller mindre end den ordinerede, eller hvis det gives til den forkerte patient.
Se afsnit 8.3*

- **Situationer med stor risiko for fejl og forveksling**

I situationer hvor der erfaringsmæssigt er en særligt stor risiko for fejl eller forveksling af eksempelvis patienter eller præparater, bør der udvises særlig opmærksomhed. Det kan eksempelvis være den situation hvor der er ophængt eller fremfundet flere lægemidler til patienten ved siden af hinanden og hvor der således er en stor risiko for forveksling. Det kan også være plejepersonens egen øgning af risiko for fejl ved at hun på grund af en forstyrrelse efterlader en patients medicin på en anden patients natbord.

- **Håndtering af medicin til børn**

Se afsnit 8.5

- **Egen udregning af dosis**

Se afsnit 8.4

- **Injektioner direkte i blodbanen**

Se afsnit 9

- **Flere involverede i medicinhandling**

Se afsnit 14

- **Manglende lægelig ordination**

Se afsnit 11

Sammenfattende kan det konkluderes, at nævnet foretager en konkret vurdering af sager om fejlmedicinering, og at nævnet i kritiksager konkret vurderer, om der er grundlag for tillige at indskærpe plejepersonen at udvise større omhu i sit fremtidige virke, og om der i enkelte tilfælde er grundlag for at oversende sagen til anklagemyndigheden efter autorisationslovens § 75.

18. Sagsoversigt

- Afgørelse 1** Pligt til at spørge om hjælp [1080904P](#) s. 11
- Afgørelse 2** Pligt til at sige fra ved manglende kompetence [1084615P](#) s. 12, s. 24
- Afgørelse 3** Pligt til at forhindre medicinering uden ordination [1188005P](#) s. 13
- Afgørelse 4** Undersøgelse ved tvivl [1083014P](#) s. 14
- Afgørelse 5** Manglende undersøgelse ved uoverensstemmelser [1293703P](#) s. 14
- Afgørelse 6** Identifikation af patient ved udlevering af medicin [1081706P](#) s. 16, s. 57
- Afgørelse 7** Undersøgelse af patientens identitet igen efter forstyrrelse [1079313P](#) s. 17
- Afgørelse 8** Pligt til at identificere en patient ud fra CPR-nr. [1082402P](#) s. 19
- Afgørelse 9** Forveksling af lægemidlers navn [1083006P](#) s. 21
- Afgørelse 10** Forveksling af to ophængte infusionsvæsker [1082924P](#) s. 21
- Afgørelse 11** Forveksling af glukose og saltvand [1188607P](#) s. 22, s. 54
- Afgørelse 12** Forveksling af to lægemidler på samme bord [1081726P](#) s. 22
- Afgørelse 13** Utilstrækkelig undersøgelse af dosis [1084622P](#) s. 25
- Afgørelse 14** Medicinering trods manglende medicinskema [1080507P](#) s. 25, s. 54, s. 58
- Afgørelse 15** Pligt til at sikre entydighed i ordination [1186924P](#) s. 26
- Afgørelse 16** Pligt til at kontrollere patientens medicinoplysninger [1084814P](#) s. 27
- Afgørelse 17** Utilstrækkelig reaktion på uoverensstemmelser vedr. medicinen [1191521P](#) s. 28
- Afgørelse 18** Pligt til at forholde sig til dosis [1083001P](#) s. 29
- Afgørelse 19** Høj dosis til barn [1188611P](#) s. 30
- Afgørelse 20** Knust pille indgivet i blodbanen [0977102P](#) s. 33
- Afgørelse 21** Sikring af korrekt administrationsmåde [1080003P](#) s. 33
- Afgørelse 22** Pligt til at reagere på uklare ordinationer [1187410P](#) s. 34

- Afgørelse 23** Farvekode på sprøjte [1083007P](#) s. 34
- Afgørelse 24** Farvekode på pumpe [1080001P](#) s. 35
- Afgørelse 25** Pligt til at sikre, at infusionslanger er tilkoblet korrekt [1293713P](#) s. 35
- Afgørelse 26** Administrationstidspunkt for erstatningslægemiddel [1081802P](#) s. 37, s. 39
- Afgørelse 27** Administrationstidspunkt og patientens ønsker [12F001](#) s. 38
- Afgørelse 28** Prøvesvar skal afventes før opstart af medicin [1084628P](#) s. 39
- Afgørelse 29** Patients afvisning af medicin [1190002P](#) s. 40, s. 68
- Afgørelse 30** Medicinering trods manglende oplysning om dosis [1084630P](#) s. 42
- Afgørelse 31** Anvendelse af ukendt salve uden label og beskrivelse [1292902P](#) s. 43
- Afgørelse 32** Overskridelse af maksimal døgndosis p. n. medicin [1085008P](#) s. 43
- Afgørelse 33** Pligt til at vurdere patientens tilstand inden medicingivning [1188014P](#) s. 44
- Afgørelse 34** Pligt til at sikre, at patienten får vanlig medicin [1080902P](#) s. 47
- Afgørelse 35** Lægemiddel var ikke på afdelingen [1084816P](#) s. 48
- Afgørelse 36** Substitutionspræparat [12F002](#) s. 48
- Afgørelse 37** Manglende notering af ordination på medicinskema [1085729P](#) s. 49
- Afgørelse 38** Lægekontakt om vanlig medicin [1190009P](#) s. 50, s. 51
- Afgørelse 39** Manglende reaktion på oplysning om diabetes [1187609P](#) s. 51
- Afgørelse 40** Håndtering af diabetesmedicin [12F003](#) s. 52
- Afgørelse 41** Flere plejepersoner involveret i medicinhåndtering [0975907P](#) s. 56
- Afgørelse 42** Ansvarsfordeling [1187404P](#) s. 56
- Afgørelse 43** Uddelegering af medicineringsopgave vedrørende adrenalin [0872205P](#) s. 58
- Afgørelse 44** Instruks og opfølgning på medicineringsproblemer [1081707P](#) s. 61, s. 66
- Afgørelse 45** Utilstrækkelig instruks vedrørende ansvarsfordeling [1186919P](#) s. 62
- Afgørelse 46** Sikring af at plejepersonerne er oplært i medicingivning [1082923P](#) s. 63
- Afgørelse 47** Patients selvbestemmelsesret vedrørende medicin [12F004](#) s. 65

Afgørelse 48 Respekt af patients ønske om selv at knuse sine piller [1082918P](#) s. 65

Afgørelse 49 Journalføring af patientens indtagelse og afvisning af medicin [0977703P](#) s. 67

Afgørelse 50 Vurdering af behov for hjælp til medicingivning [1083011P](#) s. 69

Afgørelse 51 Pårørendes hjælp til selvadministration [0978114P](#) s. 70