

# Tilsynsrapport

## Hjemmeplejedistrikt Øst

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2024

Hjemmeplejedistrikt Øst, Rebild Kommune  
Skørpingvej 5A 1  
9575 Terndrup

CVR- nummer: 29189463 P-nummer: 1022588237 SOR-ID: 965231000016003

Dato for tilsynsbesøget: 04-06-2024

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest

Sagsnr.: 35-2011-16867

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget oplysninger om en række tiltag, som Hjemmeplejedistrikt Øst har iværksat siden tilsynsbesøget.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat en række tiltag med henblik på at rette op på mangler indenfor journalføring, sygeplejefaglige vurderinger og instrukser. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at de oplyste tiltag på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Vi har derfor den 1. august 2024 givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **4. juni 2024** vurderet, at der på **Hjemmeplejedistrikt Øst, Rebild Kommune** er

### **Større problemer af betydning for patientsikkerheden**

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og medicin gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

### **Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at Hjemmeplejedistrikt Østs journalføring, ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle problemer og risici, sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Der var flere aktuelle problemer og risici der ikke var fagligt vurderet og personalet kunne i flere tilfælde ikke mundtligt redegøre for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse tilstande. Endvidere fremstod journalen uoverskuelig og med manglende systematik.

Det er vores vurdering, at mangelfulde faglige observationer og manglende beskrivelse af, hvilken opfølgning observationerne skal udløse, umiddelbart udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden. Det er vores vurdering at manglerne i journalerne gav risiko for manglende observationer, utilstrækkelig pleje og behandling ved samtlige patienter i stikprøverne, men har i særlig grad lagt vægt på, at ved en terminal patient, hvor der var observeret blod i bleen og en lugt af urin, manglede beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling samt opfølgning og evaluering herpå. Dette udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, da personalet ikke kan handle fagligt relevant og forsvarligt på de observationer, de foretager hos patienten.

Vi har derfor lagt til grund, at de manglende beskrivelser af patienternes aktuelle problemer og risici ikke kan henføres til manglende journalføring, men i betydeligt omfang må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring, herunder en manglende sundhedsfaglig beskrivelse af patienternes aktuelle problemer og risici, samt manglende entydighed i journalføringen, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

### **Medicinhåndtering**

Ved vurderingen har vi ligeledes lagt vægt på, at de påviste mangler i medicinhåndteringen omfattede manglende anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed, manglende opdatering af handelsnavne og sterile produkter med udløbet holdbarhed, samt på aktuel medicin dispenseret i doseringsæsker. Der er også lagt vægt på, at der var uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæskerne og antallet af tabletter på medicinlisten og at der i den aktuelle medicinbeholdning lå medicin, som ikke var i brug og havde overskredet holdbarhedsdatoen i 2019.

Fundene vurderes umiddelbart til at udgøre en større risiko for patientsikkerheden, idet nogle af fundene omfattede manglende egenkontrol efter medicindispensering med risiko for fejlmedicinering samt det ligeledes udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis der anvendes medicin med overskredet holdbarhedsdato da der ikke vil være garanti for virkning.

Det er vores vurdering, at de mangler, der var i relation til medicinhåndteringen, alle var i modstrid med beskrivelserne i behandlingsstedets instruks. På denne baggrund konkluderer vi, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret.

### **Opsamling**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for journalføring samt medicinhåndtering og kræver målrettet arbejde med systematisk og at Hjemmepleje distrikt øst sikre at personalet er instrueret i de fastlagte arbejdsgange, inden målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

## 2. Krav

### Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	Behandlingsstedet skal sikre, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte arbejdsgange. Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og anvender retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende. Behandlingsstedet skal sikre, at journalen er systematisk, overskuelig, entydig og tidstro. Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser.
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering	Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at identificere og vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder. Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand. Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici. Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling. Behandlingsstedet skal sikre, at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer. Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12	Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang. Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.

	sygeplejefaglige problemområder	
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf. Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol. Behandlingsstedet skal sikre, at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges, vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol.
6.	Interview om medicin håndtering	Behandlingsstedet skal sikre at personalet kender og følger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgang for medicindispensering og -administration
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser. Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer. Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet. Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring</u>		X		Journalerne fremstod mangelfulde og med manglende systematik og overskuelighed samt der var flere fund i medicinhåndteringen. På baggrund af antal af fund og manglerne i journalføringen vurderer vi, at de sundhedsfaglige instrukser ikke var tilstrækkelig implementeret i tilstrækkelig grad.

### Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		Der kunne redegøres for hvordan de sygeplejefaglige vurderinger samt beskrivelse af plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering skulle udføres, men ved journalgennemgang blev det konstateret at dette ikke blev udført i praksis.
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder</u>		X		I to ud af tre journalgennemgange var patientens aktuelle problemer og risici ikke beskrevet i nødvendigt omfang.  I en journalgennemgang manglede en beskrivelse af patientens cancer, hoft fraktur, anæmi og kronisk nyresygdom.  I en anden journal manglede respiration og cirkulation at blive

					<p>revurderet, da der havde været ændring af tilstanden vedrørende patientens KOL.</p> <p>Der kunne ikke redegøres mundtlig for manglerne.</p>
4.	<u>Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser</u>		X		<p>I en journal var der i overbliksbilledet lagt lange beskrivelser af sygdomsforløb og notater ind fra indkomne beskeder, hvilket gjorde det vanskeligt at danne sig et overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.</p>
5.	<u>Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger</u>		X		<p>I to ud af tre journalgennemgange manglede en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.</p> <p>I en journalgennemgang var det beskrevet, at patienten havde et sår på 0,5 x 0,5 cm. men der manglede opfølgning og evaluering af såret, personalet ved tilsynet mente at såret var ophelet.</p> <p>Behandlingsstedet redegjorde for, at de ved sårpleje anvendte TIME-modellen til beskrivelse af såret, men dette fremgik ikke af patientens journal.</p> <p>I samme stikprøve manglede opfølgning og evaluering af den aktuelle tilstand hos en patient med KOL, som på grund af vejrtrækningsbesvær var opstartet anden medicin herfor.</p> <p>Ved samme patient manglede en opfølgning og evaluering af smerter, idet patienten var overgået til anden smertebehandling og det fremgik af journalen, at lægen efter ca. 3 uger skulle have tilbagemelding på virkning, hvilket der ikke kunne findes en beskrivelse af. Personalet ved tilsynet kunne ikke redegøre herfor.</p>

					<p>Ved en patient med rectumcancer og kronisk nyresygdom var der observeret blod i bleen og lugtende urin, men det fremgik ikke af journalen, om der var handlet på observationerne eller hvilken plan der var iværksat. Personalet ved tilsynet kunne ikke redegøre herfor.</p> <p>I den tredje stikprøve manglede en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlig læge vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol af diabetes, da patienten var reduceret i insulin og fik målt blodsukker tre gange dagligt. Personalet kunne ikke redegøre for, hvornår de skulle reagere i forhold til for højt eller for lavt blodsukker samt hvor længe de skulle måle blodsukkeret tre gange dagligt.</p>
--	--	--	--	--	---

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Interview om medicinhåndtering</u>		X		Pga. antallet af fund vedrørende medicinhåndteringen vurderes det, at instruksen ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.
7.	<u>Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister</u>		X		I begge medicingennemgange var der præparater, hvor handelsnavnet manglede at blive opdateret.
8.	<u>Håndtering og opbevaring af medicin</u>		X		I en medicingennemgang var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne. Tablet Alendronat var skrevet på medicinlisten til kl. 8 en gang om ugen sammen med al anden morgenmedicin den pågældende dag men blev dispenseret i særskilt



					<p>doseringsæske og skulle gives ½ time før anden medicin, hvilket dog ikke fremgik af medicinliste eller andetsteds i journalen.</p> <p>Hos samme patient var der dispenseret en tablet for meget kl. 8 i en ud af 14 doseringsæsker.</p> <p>I en medicinbeholdning manglede navn og personnummer på tre ud af 14 æsker og navnet manglede på en æske, som kun var påført personnummer.</p> <p>I en medicingennemgang manglede en anbrudsdato på et præparat til øjendrypning.</p> <p>I en medicingennemgang var der doseret medicin med udløb i maj 2024.</p> <p>I en medicingennemgang var der i kassen med ikke aktuel medicin fund af inhalationsmedicin med udløb i 2019.</p> <p>I adrenalinberedskabet var der fund af kanyler med udløb i 2023 og i marts 2024.</p>
--	--	--	--	--	---

## Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Interview om overgange i patientforløb</u>	X			

## Øvrige fund

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

# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmepleje Øst ligger i Rebild kommune og ledes af Mette Lisbjerg Mouritsen, som tiltrådte som hjemmepleje leder den 1. juni 2024
- Der er ansat 34 medarbejdere fordelt på 15 social- og sundhedsassistenter, 18 social- og sundhedshjælpere, en ufaglært og der er tilknyttet ca. 15 timeløns ansatte samt et dagligt forbrug af eksterne vikarer
- Hjemmepleje Øst varetager sundhedslovsydelser ved 153 borgere
- Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er opdelt, men der er dagligt faglig sparring i både dagvagt og aftenvagt
- Rebild kommune har et akutteam som kan kontaktes ved behov for hjælp
- Hjemmepleje Øst tilgår deres kompetenceskemaer via Nexus
- Alle social- og sundhedsassistenter i Hjemmepleje Øst skal i 2024 på rehabiliterings- og journalførings kursus via SOSU- Nord
- Alle sundhedsfaglige instrukser i Rebild kommune kan tilgås via [avis.rebild.dk](http://avis.rebild.dk) og via link i Nexus. Alle medarbejdere anvender tablet eller computer

## Begrundelse for tilsyn

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

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

## Ved tilsynet og afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Vivi Krogsgaard Gaardsted, leder af den samlede hjemmepleje
- Mette Lisbjerg Mouritsen, hjemmeplejeleder
- Tre social- og sundhedsassistenter
- En dokumentationssygeplejerske fra Rebild kommune

## Tilsynet blev foretaget af:

- Britta Futtrup Sørensen, oversygeplejerske
- Sussi Albrechtsen, oversygeplejerske

# 5. Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

### 1. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring

Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå:

- at der er fastlagte arbejdsgange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande, og at personalet er instrueret i de fastlagte arbejdsgange
- at personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver, herunder vikarer, ufaglærte, elever og studerende
- at ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med behandlingsstedets instrukser herunder:

- o at personalet er oplært og har adgang til relevante instrukser:

- Instruks for ansvar- og kompetenceforhold
- Instruks vedrørende pludselig opstået sygdom og ulykke
- Instruks for fravalg af livsforlængende behandling
- Instruks for medicinhåndtering
- Instruks for sundhedsfaglig dokumentation/journalføring
- Instruks for hygiejne, herunder forebyggelse af infektioner og spredning af

smitsomme

sygdomme

- Nødprocedurer ved systemnedbrud

- o at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser
- o at personalet er oplært i journalføring samt, at der er afsat tid til journalføring og at journalføringen er tidstro
- o at journalen føres systematisk, overskuelig og entydig
- o at notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\) \(Kapitel 3, §30 og §31\) BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

## Journalføring

### **2. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering**

Ved interview af ledelsen og personalet skal det fremgå, at der er en praksis for i nødvendigt omfang:

- at foretage en vurdering af patientens aktuelle problemer og risici med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand
- at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici
- at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling
- at opdatere planen for pleje og behandling ved ændringer
- at sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

### **3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder**

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at patientens aktuelle problemer og risici er beskrevet i nødvendigt omfang
- at de aktuelle problemer og risici er revurderet ved ændringer i patientens tilstand.

De 12 sygeplejefaglige problemområder:

- 1) Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
- 2) Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
- 3) Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
- 4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
- 5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
- 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
- 8) Seksualitet, køn og kropsoptagelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
- 9) Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønster, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
- 10) Søvn og hvile, fx søvnmønster, varighed af søvn, træthed, energi.
- 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
- 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønster, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønster.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

#### **4. Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser**

Ved journalgennemgang skal der fremgå:

- et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\)](#), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\)](#), LBK nr. 122 af 24. januar 2023

## 5. Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf
- at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol
- at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges, vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\)](#), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\)](#), LBK nr. 122 af 24. januar 2023

## Medicinhåndtering

### 6. Interview om medicinhåndtering

Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå, at behandlingsstedet har fastlagte arbejdsgange for:

- Medicindispensering og -administration, herunder sikring af identifikation af patienten og patientens medicin.

Referencer:

- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicin håndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

## 7. Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal det fremgå:

- at de føres systematisk og entydigt
- at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste
- at der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ændring i ordinationen og/eller seponering
- at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling
- præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
- hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende
- enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin
- ordinerende læges navn/afdeling.

Det skal fremgå af journalen:

- hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicin håndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)



## 8. Håndtering og opbevaring af medicin

Ved gennemgang af medicinbeholdningen vurderes det, om håndteringen og opbevaringen opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis, samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell medicin
- Holdbarhedsdatoen på patientens medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

- [Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2022](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Risikosituationer/lægemidler - En guide til sikker medicin håndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

## Overgange i patientforløb

## 9. Interview om overgange i patientforløb

Ved interview af ledelse og personale skal det fremgå:

- at der ved overflytning af en patient til et andet behandlingssted i primærsektoren, samt ved overdragelse af opgaver, er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin)
- at der ved indlæggelse på sygehus er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin)
- at der ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren, er fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling (herunder medicin) modtages og anvendes.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

## Øvrige fund

### 10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet<sup>1</sup>. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner<sup>2</sup> udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>3</sup>.

## Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn<sup>4</sup>. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder<sup>5</sup> til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

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

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213.

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

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 5.

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

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

## Tilsynet

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

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet<sup>6</sup>. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet<sup>7</sup>. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

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

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden<sup>8</sup>.

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

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

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter<sup>9</sup>. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet<sup>10</sup>. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på [plejehjemsoversigten.dk](https://plejehjemsoversigten.dk).

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på [sundhed.dk](https://sundhed.dk)<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

<sup>8</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

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

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

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

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist<sup>12</sup>.

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg<sup>13</sup>, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

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

---

<sup>12</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>13</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1