

# Tilsynsrapport

## Vojens tværfaglige teams

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2024

**Vojens tværfaglige teams**  
Danmarksgade 8  
6500 Vojens

CVR- nummer: 29189757 P-nummer: 1017403482 SOR-ID: 1002851000016008

Dato for tilsynsbesøget: 16-05-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-16661

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden ikke modtaget bemærkninger til rapporten.

På baggrund af fundene ved tilsynsbesøget har vi den 5. juli 2024 givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe målepunkterne 1, 2, 3, 4, 5 og 9 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 **16-05-2024** vurderet, at der på **Vojens tværfaglige teams** er

### Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

### Organisering, de sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Vi konstaterede, at de sygeplejefaglige vurderinger af patienternes aktuelle problemer og risici, som havde betydning for patientens aktuelle tilstand og risici ikke i nødvendigt omfang var fagligt vurderet og beskrevet. Ligeledes var den afledte fremadrettede pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke i tilstrækkelig grad beskrevet.

Det er vores vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når patienternes problemstillinger ikke er fyldestgørende beskrevet, da beskrivelsen udgør grundlaget for den pleje, behandling, opfølgning og evaluering, der skal foretages. Dette har betydning for, at der reageres på ændringer i patienternes tilstande, samt at der foretages en rettidig opfølgning og evaluering af den igangværende pleje og behandling.

Behandlingsstedet kunne i flere tilfælde ikke redegøre for de konstaterede mangler i journalføringen, hvorfor det er vores vurdering, at manglerne i flere tilfælde var et udtryk for, at de sygeplejefaglige vurderinger observationer, pleje, evaluering og opfølgning ikke havde fundet sted.

Det var vores indtryk, at de tilstedeværende som deltog ved tilsynet, kendte patienterne og overvejende kunne redegøre for patienternes problemstillinger. Det er dog samtidig vores vurdering, at det udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden, når kendskabet til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og relevante observationer i den forbindelse, alene beror på enkeltpersoners viden og ikke fremgår af dokumentationen.

Vi konstaterede, at journalerne ikke blev ført i overensstemmelse med behandlingsstedets instruks for dokumentation. Journalerne gav ikke det nødvendige overblik og systematik i dokumentationen af aftaler indgået med de behandlingsansvarlige læger om kontroller og opfølgning på patienternes behandling.

Det er vores vurdering, at manglende systematisk journalføring udgør en risiko for patientsikkerheden, idet korrekt journalføring sikrer kontinuitet i plejen og behandlingen og den nødvendige faglige kommunikation mellem sundhedspersoner om den enkelte patients forløb.

### **Overgange i patientforløb**

Vi konstaterede, at der manglede faste arbejdsgange, når oplysninger fra sygehusindlæggelser skulle modtages og anvendes i den videre pleje og behandling.

Det er vores vurdering, at det udgør en stor risiko for patientsikkerheden, når der ikke er faste arbejdsgange for, hvordan relevante oplysninger fra sygehus til primær sektor anvendes, idet udvekslingen af oplysninger om patientens pleje og behandling danner grundlaget for, at der skabes sammenhæng i patientens behandling.

### **Opsamling**

Vi har i vurderingen lagt vægt på de manglende sygeplejefaglige vurderinger og den manglende journalføring.

Vi har også lagt vægt på, at der ikke var fastlagt arbejdsgange, der sikrede, at oplysninger om en patients pleje og behandling, der blev modtaget fra sygehuset, blev anvendt.

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

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen er systematisk, overskuelig, entydig og tidstro.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser.</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at identificere og vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.</li> </ul>
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang.</li> </ul>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.</li> </ul>
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.</li> </ul>
9.	Interview om overgange i patientforløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren, er fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om</li> </ul>

		patientens tilstand, pleje og behandling modtages og anvendes.
--	--	--

## 2. 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		<p>I interview og i forbindelse med journalgennemgangen redegjorde behandlingsstedet for, at instruksen for journalføringen i flere tilfælde ikke blev fulgt. Det drejede sig om, hvor og hvordan de sygeplejefaglige problemområder og risici skulle beskrives og hvor aftaler med behandlingsansvarlige læger om kontroller og opfølgning på kontroller skulle dokumenteres.</p> <p>På den baggrund vurderes det, at journalerne ikke i tilstrækkelig grad blev ført systematisk, og at behandlingsstedets instruks for journalføring ikke i tilstrækkelig grad var implementeret.</p>

### 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		<p>Med baggrund i interview og og manglerne i journalgennemgangen fremgik det, at behandlingsstedets praksis ikke i nødvendigt omfang sikrede, at de sygeplejefaglige vurderinger af patienternes aktuelle problemer og risici blev beskrevet, og at der derved ikke blev lagt en plan for observationer, pleje og behandling.</p>

					<p>Hos en patient, kunne der ikke i tilstrækkelig grad redegøres for patientens aktuelle problemer og risici. Ligeledes kunne der ikke redegøres for hvilken pleje og behandling der var iværksat, samt hvilken opfølgning og evaluering der skulle foretages</p> <p>Det drejede sig om, at patienten var i behandling for mavesår, fik blodfortyndende medicin og havde en smerteproblematik. Patienten havde i tillæg tendens til at falde.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøres for de risici der var i relation til problemområderne og hvilke observationer, pleje og behandling der var iværksat i den forbindelse.</p>
3.	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder</u></p>		X		<p>Hos en patient med flere kroniske sygdomme konstaterede vi eksempler på, at beskrivelser af patientens aktuelle problemer og risici ikke i nødvendigt omfang var beskrevet.</p> <p>Det drejede sig om aktuelle problemområder i relation til den medicinske behandling vedrørende patientens risiko for at falde, smerteproblematik, tendens til forstoppelse, mavesår, forhøjet kolesterol og behandling med blodfortyndende medicin.</p> <p>Der manglede beskrivelser af de risici der var forbundet med, at patienten fik var i blodfortyndende behandling, var i faldrisiko og i tillæg havde et mavesår.</p> <p>Endvidere konstaterede vi mangelfulde beskrivelser af patientens ødemer i underbenene, idet det ikke fremgik hvordan patientens underben habituel så ud. Ligeledes konstaterede vi</p>

					<p>mangelfulde vurderinger af patientens to kategori tre tryksår, idet der manglede en opdatering af størrelsen på disse.</p> <p>Personalet kunne redegøre for ovenstående fund.</p>
4.	<u>Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser</u>		X		<p>I en journal manglede der et opdateret og tilstrækkeligt overblik over 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 en journal var det gennemgående, at der ikke fremgik beskrivelser af aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning af patientens behandling for blodfortyndende medicin, smertebehandling, forhøjet kolesterol og mavesår.</p> <p>I samme journal konstaterede vi, at den iværksatte pleje og behandling ikke var beskrevet i forbindelse med patientens tendens til forstoppelse. Der fremgik ikke beskrivelse af, hvilke observationer der dagligt skulle foretages i forbindelse med den daglige pleje og behandling. Det fremgik dog af beskrivelserne, at der ugentligt skulle følges op på effekten af laksantiabehandlingen. Denne opfølgning var dog alene beskrevet én gang over en periode på 4 uger.</p> <p>Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for om opfølgningen var foretaget jævnfør planen herfor.</p>



## Medicinhandling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Interview om medicinhandling</u>	X			
7.	<u>Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister</u>	X			
8.	<u>Håndtering og opbevaring af medicin</u>	X			

## Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Interview om overgange i patientforløb</u>		X		<p>Patienter der blev udskrevet fra indlæggelse på sygehus fik visiteret ydelser af en central koordinator, som var sygeplejerske.</p> <p>Der var ikke faste arbejdsgange for det videre forløb i forhold til, hvordan oplysninger fra sygehuset der forelå i plejeforløbsplaner skulle anvendes og følges op på samt hvad tidsrammen herfor var.</p>

## Øvrige fund

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

# 3. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Vojens tværfaglige teams er en kommunal hjemmesyge i Haderslev kommune som er del af et nystartet projekt " Møde borgeren – Kaffe først" inspireret af den hollandske model Buurtzorg
- Konstitueret afdelingsleder: Rebekka D. Buhl
- Hjemmeplejen leverer aktuelt ydelser til 354 borgere hvoraf 279 er sundhedsfaglige ydelser.
- Der er i forbindelse med projektet etableret seks tværfaglige teams
- Der er i alt 93 ansatte der består af følgende faggrupper: sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, social og sundhedshjælper, ergoterapeuter og uddannet personale.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse der omhandlede manglende journalføring og manglende oplæring i dokumentationssystemet.

## Om tilsynet

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

Ved tilsynet deltog:

- Rebekka D. Buhl: konstitueret afdelingsleder, Senior og rehabilitering
- Bente Dollerup Knudsen: sundhedsfaglig leder
- Line Holm Olsen: teamleder
- En sygeplejerske dokumentationsansvarlig
- En sygeplejerske systemansvarlig
- En sygeplejerske

Tilstede ved tilbagemeldingen:

- Rebekka D. Buhl: konstitueret afdelingsleder, Senior og rehabilitering
- Bente Dollerup Knudsen: sundhedsfaglig leder
- Line Holm Olsen: teamleder

- En sygeplejerske dokumentationsansvarlig
- En sygeplejerske systemansvarlig

Tilsynet blev foretaget af:

- Hanne Marian Søggaard, tilsynskonsulent
- Linda Bjerger Kok, tilsynskonsulent

# 4. 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:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\) \(Kapitel 3, §30 og §31\) BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

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

## 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:

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

### **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, selvskaade.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
- 8) Seksualitet, køn og kropsofattelse 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:

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

#### **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:

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

#### **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:

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

### **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:

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

## 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:

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



## 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](#)
- [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](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

## 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. 1011 af 17. juni 2023](#)

# 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