

Tilsynsrapport Team Skovcentret - Hvedevænget - Havrevænget

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Demens og antipsykotisk medicin 2024

Team Skovcentret - Hvedevænget - Havrevænget
Helgenæsvej 1
4900 Nakskov

CVR- nummer: 29188572 P-nummer: 1006393234 SOR-ID: 1034421000016004

Dato for tilsynsbesøget: 20-06-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-16680

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af 13/8-2024, som opfylder vores henstillinger.

Vi afslutter hermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **20-06-2024** vurderet, at der på **Team Skovcentret - Hvedevænget - Havrevænget** er

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Vi har lagt vægt på, at målepunkterne for behandlingsstedets organisering var opfyldt, men der var mangler i forhold til vurderingen og journalføringen af patienternes aktuelle problemer og risici. Det er vores vurdering at en korrekt og fyldestgørende vurdering og journalføring af patienternes aktuelle problemer og risici er en forudsætning for at kunne foretage de fornødne observationer af patienternes tilstand samt følge op på pleje og behandling.

Manglerne ved tilsynet var gennemgående, men vi vurderer, at Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget på baggrund af den dialog, der var på tilsynet kan rette op på manglerne ved at udarbejde og følge en handleplan, som beskriver hvordan henstillingerne bliver løst, hvordan de implementeres, og hvordan der følges op på henstillingerne.

2. Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
5.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patienternes problemer eller risici, samt plan for pleje og behandling hos patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en vurdering af patientens aktuelle problemer og risici vedrørende demenssygdommen, symptomerne og behandlingen med antipsykotisk medicin med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder
6.	Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af aktuelle problemer og risici, samt plan for pleje af patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at patientens aktuelle problemer og risici i forhold til demenssygdommen er identificeret og vurderet

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold i forhold til patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin</u>	X			
2.	<u>Interview om informeret samtykke til behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom, samt inddragelse af pårørende</u>	X			
3.	<u>Interview om forebyggelse og minimering af brugen af antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom</u>	X			
4.	<u>Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge om behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom</u>	X			
5.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patienternes problemer eller risici, samt plan for pleje og behandling hos patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin</u>		X		Der var en praksis for at vurdere patienternes problemer og risici i forhold til demenssygdommen, men vurderingerne tog alene afsæt i patientens medicinske behandling og ikke i øvrige relevante problemområder relateret til demenssygdommen.

					Det blev ved tilsynet oplyst, at denne praksis var gældende for samtlige patienter på plejehjemmet.
--	--	--	--	--	---

Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af aktuelle problemer og risici, samt plan for pleje af patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin</u>		X		Der var mangler i den sygeplejefaglige vurdering og beskrivelse af patienternes aktuelle problemområder og risici relateret til patienternes demenssygdom og den habituelle tilstand samt hvordan evt. forværringer i patientens helbredsmæssige tilstand kom til udtryk i det omfang, de var kendte. Der vedrørte bl.a. manglende beskrivelser af evnen til at varetage ADL, søvnmønster, afføringsmønster samt hvordan de kognitive symptomer på demenssygdommen kom til udtryk. Personalet havde et nært kendskab til patienterne og kunne derfor redegøre mundtligt for patienternes samlede tilstand.
7.	<u>Journalgennemgang af indikationer, behandlingsplaner og opfølgning på behandling med antipsykotisk medicin hos patienter med demenssygdom</u>	X			
8.	<u>Journalgennemgang af opfølgning og evaluering af pleje til patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin</u>	X			
9.	<u>Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling</u>	X			

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	<u>Interview om medicinhåndtering</u>	X			
11.	<u>Journalgennemgang af medicinlister vedrørende antipsykotisk medicin</u>	X			
12.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering ved behandling med antipsykotisk medicin</u>	X			

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget er et plejecenter organiseret under Ældre og Sundhed, Decentral enhed for Sygepleje og Plejecentre i Lolland kommune.
- Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget har 45, hvoraf tre var beboet af ægtepar. Boligerne er fordelt på to afdelinger. Hver afdeling er opdelt i mindre teams.
- Der er ansat ca. 55 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, fysioterapeut, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere. Der er ingen vakante stillinger. Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget har egne timelønnede ansatte til afløsning mv.
- Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget har ikke fast tilknyttet læge.
- Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget samarbejder med Team Nakskov og team demens og forebyggelse i Lolland kommune samt praktiserende læger i nærområdet.
- De sundhedsfaglige opgave består primært af medicin håndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse. Sygeplejen varetages i et samarbejde mellem Team Skovcenteret og Team Sygepleje i Nakskov. Komplekse sundhedsfaglige opgaver varetages i samarbejde med diverse relevante samarbejdspartnere kommunalt og regionalt.
- Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget anvender journalsystemet Nexus

Begrundelse for tilsyn

- Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med plejecentre, hvor patienter med demenssygdom er i behandling med antipsykotisk medicin.
- Tilsynet var et fokuseret tilsyn målrettet behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom.
- Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Demens og antipsykotisk medicin på plejecentre 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført interview vedr. medicininstruks
- Der blev gennemgået to journaler, som var udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

Ved tilsynet deltog:

- Henriette Hansen, teamleder Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget
- Lena Gregersen, teamleder Team Sygepleje Nakskov
- Tre Social- og sundhedsassistenter med funktioner som hhv. demensvejleder og dokumentationsansvarlige ud over funktioner ift kerneopgaven

- En Sygeplejerske fra Team Sygepleje Nakskov, der var fast tilknyttet Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget
- En demenskoordinator tilknyttet plejecenterområdet
- En Kvalitetskonsulent tilknyttet Ældre og Sundhed i Lolland Kommune

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Henriette Hansen, teamleder Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget
- Lena Gregersen, teamleder Team Sygepleje Nakskov
- Tina Skytt, decentral leder Sygepleje og plejecentre
- Tre Social- og sundhedsassistenter med tillægsfunktioner som hhv. demensvejleder og dokumentationsansvarlige
- En Sygeplejerske fra Team Sygepleje Nakskov, der var fast tilknyttet Team Skovcenteret Hvedevænget – Havrevænget
- En Kvalitetskonsulent tilknyttet Ældre og Sundhed i Lolland Kommune

Tilsynet blev foretaget af:

- Anne Marie Glennung, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold i forhold til patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personalet om behandlingsstedets organisering herunder opgavefordeling, ansvars- og kompetenceforhold i relation til pleje og behandling af patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin.

Ved interview af ledelsen/personalet skal det fremgå:

- at organiseringen understøtter behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver til målgruppen
- at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver til målgruppen
- at ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordelingen blandt personalet i arbejdet med målgruppen
- at personalet kender og følger ansvars- og opgavefordelingen i arbejdet med målgruppen

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), VEJ nr. 115 af 11. december 2009
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\)](#), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023

2. Interview om informeret samtykke til behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom, samt inddragelse af pårørende

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personalet om behandlingsstedets praksis for informeret samtykke til behandling og samarbejde, samt inddragelse af pårørende.

Ved interview af ledelsen og personalet skal det fremgå:

- at behandlingsstedet har en praksis for, at der informeres om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, og at der indhentes samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter
- at behandlingsstedet har en praksis for, at den inhabile patient informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang patienten forstår behandlingssituationen

- at behandlingsstedet har en praksis for inddragelse og samarbejde med pårørende om pleje og behandling til inhabile patienter, når den pårørende varetager den inhabile patients helbredsmæssige interesser
- at behandlingsstedet har en praksis for, at information om pleje og behandling tilpasses patientens individuelle forudsætninger, herunder f.eks. ved at inddrage og samarbejde med pårørende til habile patienter, i det omfang, at patienterne ønsker det

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

3. Interview om forebyggelse og minimering af brugen af antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om forebyggelse og minimering af brugen af antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom.

Ved interview med ledelse og personale skal det fremgå:

- at behandlingsstedet har fokus på, i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge, at udredning for somatisk sygdom, i nødvendigt og muligt omfang, går forud for behandling med antipsykotisk medicin
- at nonfarmakologiske metoder, i nødvendigt og muligt omfang afprøves, forud for behandling med antipsykotisk medicin
- at nonfarmakologiske metoder, i nødvendigt og muligt omfang fortsættes, under den medicinske behandling

Referencer:

- [Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Demens og medicin, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019](#)

4. Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge om behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets praksis for samarbejde med behandlingsansvarlig læge om behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demenssygdom.

Ved interview af ledelsen og personale skal det fremgå:

- at behandlingsstedet sikrer, at de kender og følger lægens plan for behandling med antipsykotisk medicin, herunder lægens plan for opfølgning og kontrol
- at behandlingsstedet sikrer klare aftaler med lægen i samarbejdet om vurdering og opfølgning af behandlingens virkning og bivirkning
- at behandlingsstedet sikrer, at der følges op på den iværksatte behandling med antipsykotisk medicin i henhold til behandlingsplanerne
- at behandlingsstedet sikrer, at der er klare aftaler med lægen om afprøvning, vurdering og opfølgning af nonfarmakologiske tiltag

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Demens og medicin, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019](#)

5. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patienternes problemer eller risici, samt plan for pleje og behandling hos patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets praksis for at foretage sygeplejefaglige vurderinger af patienternes problemer eller risici og deres behov for pleje og behandling.

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 vedrørende demenssygdommen, symptomerne og behandlingen med antipsykotisk medicin med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at lægge en plan for pleje og behandling hos patienten i forhold til demenssygdom og den aktuelle behandling med antipsykotisk medicin

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Demens og medicin, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)

Journalføring

6. Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af aktuelle problemer og risici, samt plan for pleje af patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for vurdering af patientens aktuelle problemer og risici, samt plan for pleje af patienten, som er i behandling med antipsykotisk medicin.

Ved gennemgang af journalen skal det i nødvendigt omfang fremgå:

- at patientens aktuelle problemer og risici vedrørende demenssygdommen, symptomerne og behandlingen med antipsykotisk medicin er identificeret med udgangspunkt i vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at pleje og behandling, som er iværksat hos en patient i forhold til demenssygdom og den aktuelle behandling med antipsykotisk medicin er journalført
- at nonfarmakologiske tiltag, der er afprøvet før og efter behandlingens opstart, til forebyggelse og minimering af brug af antipsykotisk medicin, er journalført

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Demens og medicin, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)

7. Journalgennemgang af indikationer, behandlingsplaner og opfølgning på behandling med antipsykotisk medicin hos patienter med demenssygdom

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere, om behandlingsstedet har journalført lægens behandlingsplan og aftaler med lægen om opfølgning på behandling med antipsykotisk medicin.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at behandlingsplaner for behandling med antipsykotisk medicin er journalført
- at aftaler med den behandlingsansvarlige læge om vurdering, opfølgning og kontrol af behandlingens virkning og bivirkning er journalført

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)

8. Journalgennemgang af opfølgning og evaluering af pleje til patienter med demenssygdom, som er i behandling med antipsykotisk medicin

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for at journalføre opfølgning og evaluering.

Ved journalgennemgang skal det fremgå:

- at opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til demenssygdommen og behandlingen med antipsykotisk medicin er journalført
- at ændringer i patientens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning er journalført
- at behandlingsstedet har taget kontakt til en læge ved ændringer i patientens tilstand som kan give mistanke om u hensigtsmæssige bivirkninger eller utilstrækkelig virkning

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale kliniske retningslinjer - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, Sundhedsstyrelsen 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)

9. Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for informeret samtykke til behandling.

Ved journalgennemgang skal det fremgå:

- hvis patienten ikke har samtykkekompetence (ikke er habil)
- hvis patienten ikke er habil skal det fremgå, hvem der kan give stedfortrædende samtykke
- at der er informeret om helbredstilstand og behandlingsmuligheder og indhentet samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

Medicinhåndtering

10. Interview om medicinhåndtering

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets praksis for håndtering af medicin.

Der er fokus på:

- at behandlingsstedet har en instruks for medicinhåndtering, som er kendt og anvendt af personalet
- at personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering
- at personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- hvordan praksis er for dokumentation af medicinordinationer
- hvordan personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- hvordan medicin dispenseres
- hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [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 medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

11. Journalgennemgang af medicinlister vedrørende antipsykotisk medicin

Den tilsynsførende gennemgår et antal medicinlister i journalerne for at vurdere behandlingsstedets praksis for dokumentation af medicinhåndtering.

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), ny ordination, ændringer i dato for justering af dosis, og/eller seponering.

- at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling.
- hvem der administrerer medicinen
- enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin
- ordinerende læges navn

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](#)

12. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering ved behandling med antipsykotisk medicin

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan sundhedspersonen/personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering og korrekt opbevaring af medicinen.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinhåndtering- og opbevaring 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
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter i målgruppen, der får injektionsbehandling med antipsykotisk medicin

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

- [Risikosituationsslægemedler – En guide til sikker medicinbehandling, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

Øvrige fund

13. 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 sundhedsområdet¹. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

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

Baggrund

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

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

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

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

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

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

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

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

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

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

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#)⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

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

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

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

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

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

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

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1