

# Tilsynsrapport Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2024

Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget  
Skovvejen 47  
8850 Bjerringbro

CVR- nummer: 29189846 P-nummer: 1016821078 SOR-ID: 1000911000016003

Dato for tilsynsbesøget: 07-03-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-16428

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan og medfølgende bilag. Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede forhold vedrørende sygeplejefaglige vurderinger, journalføring, medicin håndtering samt implementering af behandlingsstedets fastlagte arbejdsgange og instrukser.

Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Vi har derfor den 17. maj 2024 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på [stps.dk](https://stps.dk) og på [sundhed.dk](https://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 **07-03-2024** vurderet, at der på **Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget** er

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

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journalgennemgang og gennemgang af medicinbeholdninger ved det aktuelle tilsyn.

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at der i flere af de oprettede aktuelle problemområder manglede en beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Manglerne i journalføringen betød, at personalet i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, hvilke overvejelser, der var gjort, hvilken pleje og behandling, der var planlagt, og hvilken pleje og behandling, der var udført samt resultatet heraf.

Ved journalgennemgang konstaterede vi i alle tre journaler, at patientens aktuelle problemer og risici ikke var beskrevet i nødvendigt omfang eller, at der ikke var sket revurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse ved ændringer i patientens tilstand. Oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med den behandlingsansvarlig læge om opfølgning på patienternes sygdomme, var ikke fyldestgørende dokumenteret.

Det er vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke er foretaget relevante observationer og iværksat nødvendige handlinger hos en patient med svær regulerbar diabetes i forhold til fodsår, og at der ikke er en klar og tydelig beskrevet plan for patientens aktuelle pleje og behandling vedrørende blodsuktermålinger. Ligeledes at der ikke er foretaget faglige vurderinger hos patient i behandling med smerter og hos patienter i forhold til vægtregistreringer.

Medarbejderne oplyste til tilsynet, at de i deres praksis oplevede, at der ikke altid var den nødvendige tid til journalføringen.

Med baggrund i den mangelfulde journalføring sammenholdt med medarbejdernes oplysninger vedrørende manglende tid til journalføring, er det vores vurdering, at instruks for sundhedsfaglig dokumentation ikke er implementeret i nødvendige omfang.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring, herunder en manglende sundhedsfaglig beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer samt manglende entydighed i journalføringen, rummer en større 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**

Vi har lagt vægt på, at medarbejderne på behandlingsstedet redegjorde for en arbejdsgang i forhold til manglende opdatering af FMK. Når en patient blev udskrevet fra sygehuset op til en weekend, så blev FMK først opdateret den førstkommande hverdag, da det skulle være en sygeplejerske, som varetog denne opgave. I den mellemliggende tid blev anvendt den udprintede medicinliste fra sygehuset, som blev sendt med patienten ved udskrivelsen, men der var ingen kontrol af, om denne stemte overs med FMK. Ledelsen redegjorde for en praksis hvor FMK blev opdateret inden for 24 timer efter udskrivelse.

Det er vores vurdering at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis der ikke er patientsikre arbejdsgange der sikrer, at patienterne får den aktuelle lægeordnede behandling i overensstemmelse med ordinationerne i FMK. Endvidere er det vores vurdering at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når behandlingsstedets fastlagte arbejdsgange ikke følges i forhold til medicinhåndtering.

På baggrund af de mangler der blev konstateret i medicinbehandlingen og medarbejdernes redegørelse af arbejdsgang med manglende opdatering af FMK ved udskrivelser af patienter op til en weekend, er det vores vurdering, at instruks for medicinbehandling ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering og efterlevelse indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unndladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

### **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, både inden for journalføring og medicinbehandling og kræver målrettet arbejde med systematisk journalføring og medicinbehandling, inden målepunkterne kan opfyldes.

## 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	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte arbejds gange.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er afsat tid til journalføring.</li><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 lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling.</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><li>• Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.</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 læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol.</li></ul>
6.	Interview om medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre at personalet kender og følger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgang for medicindispensering og -administration</li></ul>
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlister føres systematisk og entydigt.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.</li></ul>
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.</li></ul>

# 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		<p>Behandlingsstedet havde en fyldestgørende instruks for sundhedsfaglig dokumentation, men med baggrund i manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation, har behandlingsstedet ikke implementeret instruksen i nødvendigt omfang.</p> <p>Med baggrund i den mangelfulde sundhedsfaglige dokumentation, fremstod journalerne ikke opdateret og overskuelige i forhold til patienternes pleje og behandling. Nogle medarbejdere gav udtryk for, at det var svært at få den nødvendige tid til at få opstartet journalen hos nye patienter samt få journalen opdateret i forbindelse med årskontroller hos lægerne.</p> <p>Der blev af medarbejderne redegjort for en arbejdsgang i forhold til manglende opdatering af FMK, når en patient blev udskrevet fra sygehuset op til en weekend, hvor FMK først blev opdateret den førstkommande hverdag, da det skulle være en sygeplejerske, som varetog denne opgave. I den mellemliggende tid blev anvendt den udprintede medicinliste fra sygehuset, som blev sendt med patienten ved udskrivelsen, men der var ingen kontrol af om denne stemte overens med FMK. Ledelsen redegjorde for en praksis hvor FMK blev opdateret inden for 24 timer efter udskrivelse.</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>Det fremgik, at der ikke i alle tilfælde var foretaget en vurdering af patienternes relevante aktuelle problemstillinger og risici.</p> <p>Fx. manglede der hos en patient med svær regulerbar diabetes, en vurdering af patientens fodsår. I journalen fremgik at patient havde sår på hælen, men ingen beskrivelse af såret, eller hvilken behandling der var iværksat af såret. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvorvidt patienten aktuel havde et sår og i givet fald hvilken plan, der var for sårbehandlingen.</p> <p>Hos samme patient var der ikke lagt en klar og tydelig plan for, hvad medarbejderne skulle gøre i de situationer, hvor patienten ikke ville samarbejde omkring måling af blodsukker. Der kunne redegøres for, at patient i en periode havde haft en sensor til blodsuktermåling, men denne var ikke aktuel længere og derfor skulle der måles blodsukker x 4 dagligt til brug for vurdering af den hurtigvirkende insulin p.n. I journalen fremgik det, at medarbejderne registrerede, når det ikke var muligt at måle blodsukker, men ingen plan for, hvad man så skulle iværksætte af tiltag. Der kunne ikke redegøres for dette.</p> <p>Hos en patient, som var i fast medicinsk smertebehandling, var problemområdet vedrørende smerter ikke vurderet. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre fyldestgørende for dette.</p> <p>Hos to patienter fremgik vægtregistreringer uden mål for</p>



					indsatserne eller vurdering af, hvornår der skulle reageres på en eventuel afvigelse. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for dette.
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder</u>		X		<p>Journalerne var mangelfulde beskrevet i forhold til vurderingen af patienternes aktuelle problemstillinger og risici. Ligesom journalerne manglede opdatering af aktuelle problemområder og risici ved ændringer i patienternes tilstand.</p> <p>Hos en patient med demens var problemområdet vedrørende søvn og hvile ikke beskrevet. Behandlingsstedet kunne redegøre for patientens søvnmønster i forhold til afbrudt søvnmønster, og hvad personalet skulle gøre i de situationer, men det var ikke journalført.</p> <p>Problemområdet vedrørende bevægeapparat var ikke beskrevet, hos to patienter som var kørestolsbruger. Behandlingsstedet kunne redegøre for dette.</p> <p>Hos en patient som var tryksårstruet, var beskrevet en screening via et scoresystem, men der manglede beskrivelse af patientens aktuelle status. Behandlingsstedet kunne redegøre for dette.</p> <p>Hos en patient som var i medicinsk behandling for depression, manglede en opdatering af aktuel status og patientens symptombillede i forhold til depression. Behandlingsstedet kunne redegøre for dette.</p> <p>Hos to patienter med smerteproblematikker manglede opdatering af, hvor smerterne var lokaliseret samt aktuel status.</p>

					<p>Behandlingsstedet kunne redegøre for dette.</p> <p>Hos to patienter med afføringsproblematikker manglede beskrivelse af status og hvilke afvigelser, der skulle reageres på. Behandlingsstedet kunne delvis redegøre for dette.</p>
4.	<u>Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser</u>		X		<p>Oversigterne over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser var ikke fyldestgørende dokumenteret.</p> <p>Der manglede beskrivelse af patienternes funktionsnedsættelser fx i forhold til kognitive funktioner og fysiske funktioner.</p>
5.	<u>Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger</u>		X		<p>Der manglede opfølgning og evaluering på aktuel pleje og behandling.</p> <p>Fx hos en patient i medicinsk behandling for afføringsproblematik, var der flere dage med manglende registrering af afføring, men der fremgik ingen opfølgning på dette. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for opfølgningen.</p>

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Interview om medicinhåndtering</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde en procedure i forhold til metode til at forebygge forveksling af langsomvirkende og hurtigvirkende insulin.</p> <p>Tilsynet konstaterede, at denne procedure ikke blev fulgt i praksis.</p>
7.	<u>Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister</u>		X		<p>I to ud af fire stikprøver fremgik det af medicinlisterne ved pn-ordinationer " sygeplejefaglig vurdering 1-2 gange i døgnet efter</p>

					<p>behov". Der kunne ikke redegøres for betydningen af denne formulering.</p> <p>I to ud af fire stikprøver manglede der beskrivelse af hvorfor patienten fik svagt smertestillende medicin.</p> <p>I en stikprøve manglede handelsnavnet på to præparater.</p>
8.	<u>Håndtering og opbevaring af medicin</u>		X		<p>I en stikprøve var langsomvirkende insulin og hurtigvirkende insulin ikke korrekt opbevaret, jf. behandlingsstedets procedure, da insulinpennene var byttet rundt i kasserne. Den langsomvirkende insulin, lå i den hurtigvirkende insulin kasse og omvendt, begge penne blev anvendt dagligt.</p> <p>I to stikprøver manglede der navn på beholder med ordineret medicin. Hos en patient manglede der navn på en beholder med svagt smertestillende. Hos en anden patient manglede der navn på beholder med medicin for lavt stofskifte.</p> <p>I en stikprøve var der fund af enkelte løse tabletter, dels i beholdningen af aktuel medicin og dels i beholdningen af ikke-aktuel medicin.</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

- Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget er et kommunalt plejecenter i Viborg Kommune.
- Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget har 99 pladser fordelt på syv afdelinger. Der er fire afdelinger med i alt 61 almene boliger, hvoraf en bolig er til aflastning, samt tre afdelinger med i alt 38 demensboliger inklusiv fire midlertidige pladser.
- Ledelsen af Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget varetages af to centerledere og tre teamledere. Der er fra 4. marts og resten af året 2024 indsat ekstra ledelsesunderstøttelse, så der i den periode er to centerledere, som har fordelt afdelingerne i mellem sig.
- Der er ansat ca. 114 medarbejdere fordelt på sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygehjælpere, pædagoger, ergoterapeut, husassistenter, aktivitetsmedarbejdere og elever. Herudover er ansat ca. 30 ufaglærte afløsere. Der er i øjeblikket tre vakante stillinger.
- Der afholdes daglige morgenmøder i alle afdelinger samt tavlemøde x 1 ugentlig til opfølgning og gennemgang i forhold til den daglige triagering af patienterne.
- Viborg Kommune har et akutteam som kan kontaktes ved behov.
- Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget har fast tilknyttet lægehus som kommer fast samt forestår undervisning x 1 mdr.
- Journalsystemet Nexus og proceduresamlingen VAR anvendes.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse den 17. februar 2024 med oplysninger omhandlende bekymring for varetagelse af den nødvendige pleje og behandling, herunder korrekt medicin håndtering, til borgere på Pleje- og Omsorgscenter Skovvænget i Viborg Kommune.

## 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 fire patienter, som blev udvalgt på tilsynsbesøget

Ved tilsynet deltog:

- Vanda Vestergaard, centerleder Skovvænget, almene boliger
- Søren Holt Thorlacius-Ussing, centerleder Skovvænget, demensboliger, samt teamleder for en afdeling med demensboliger
- Gitte Selch, teamleder for to afdelinger med almene boliger
- Helle Maria Brodersen, konstitueret teamleder for to afdelinger med almene boliger

- Lone Lam-Blendstrup, teamleder for to afdelinger med demensboliger
- Ni medarbejdere
- Kommunens kvalitetsfaglige udviklingskonsulent

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Vanda Vestergaard, centerleder Skovvænget, almene boliger
- Søren Holt Thorlacius-Ussing, centerleder Skovvænget, demensboliger, samt teamleder for en afdeling med demensboliger
- Gitte Selch, teamleder for to afdelinger med almene boliger
- Helle Maria Brodersen, konstitueret teamleder for to afdelinger med almene boliger
- Lone Lam-Blendstrup, teamleder for to afdelinger med demensboliger
- Fire medarbejdere
- Kommunens kvalitetsfaglige udviklingskonsulent

Tilsynet blev foretaget af:

- Annalise Kjær Petersen, oversygeplejerske
- Britta Futtrup Sørensen, oversygeplejerske
- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, 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:

- [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:

- [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. 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