

# Tilsynsrapport

## Malmhøj

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Plejetilsyn 2024

**Malmhøj**  
**Malmhøj 1**  
**8620 Kjellerup**

**CVR- nummer:** 29189641 **P-nummer:** 1003369615 **SOR-ID:** 1004241000016003

**Dato for tilsynsbesøget:** 05-12-2024

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

**Sagsnr.:** 35-2011-19096

# 1. Vurdering

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af høringssvar, skema til kvalitetssikring af medicin, Silkeborg kommunes instruks for medicinhandling, tjekliste til medicindispensering samt handleplan som beskriver hvordan Malmhøj vil arbejde med kravene i påbuddet.

Af høringssvaret fremgik en enkelt kommentar til kravet i målepunkt 7 "*medicinlisten fremstod ikke systematisk og entydig*". Der er efterfølgende taget telefonisk kontakt til Silkeborg kommune, hvor der er rådgivet og vejledt i meningen med kravet.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de fund der blev gjort ved tilsynsbesøget den 5. december 2024. 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 10. februar 2025 givet Malmhøj påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe målepunkterne 1,2,3,5,7 og 8 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 **05-12-2024** vurderet, at der på **Malmhøj** er

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

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

Ved tilsynet redegjorde ledelsen ved Malmhøj plejecenter for, at der i løbet af det sidste halve år er blevet ansat en ny plejecenterleder samt sygeplejerske. De har sammen med anden personale, arbejdet målrettet

med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Der har været fokus på at nedbringe sygefraværet, øge trivslen samt højne kompetencerne blandt medarbejderne.

### **Instrukser**

På baggrund af de mangler der blev konstateret i journalføringen og medicinhåndteringen samt uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for journalføring og medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

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

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Ved journalgennemgang konstaterede vi, at flere af de 12 sygeplejefaglige problemområder ikke var opdateret i forhold til patienternes aktuelle tilstand. Ligeledes konstaterede vi, at der i nogle af de oprettede aktuelle problemområder manglede beskrivelser af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten samt opfølgning og evaluering heraf.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der forelå flere observationsnotater med beskrivelser af ændring af patientens tilstand, men der manglede opfølgning og evaluering herpå. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der fx ikke er handlet på relevante observationer hos en patient med tendens til forstoppelse og hos en patient som tydeligt er beskrevet med gener fra urinvejene samt manglende opfølgning på vægt ved en patient med stort vægttab.

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.

Det er vores vurdering, at en korrekt fyldestgørende dokumentation er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten samt sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet.

Dokumentationen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Vores vurdering er, 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.

### **Medicinhåndtering**

Der var fund i medicinhåndteringen vedrørende dispenseret medicin med overskredet holdbarhedsdato, uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne samt manglende dokumentation for givet ikke-dispenserbar medicin.

Det rummer en risiko for patientsikkerheden når patienten indtager medicin, hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, når antallet af tabletter i doseringsæskerne ikke stemmer overens med antallet på medicinlisten, og manglende dokumentation for hvornår ikke-dispenseret medicin er givet. Der er risiko for at patienten ikke får den korrekte dosis på rette tidspunkt samt der kan forekomme mangelfuld effekt af medicinen eller risiko for overdosering.

Ved tilsynet blev det konstateret at behandlingsstedet ikke havde fulgt egen praksis, i forhold til restdosering samt anvende bemærkningsfeltet på medicinlisten til behandlingsplan. Det udgør en risiko for patientsikkerheden når behandlingsstedet ikke efterlever egen praksis, da instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling.

Fundene i medicinhåndteringen vurderes umiddelbart at udgøre en større risiko for patientsikkerheden, idet nogle af fundene omfattede manglende egenkontrol efter medicindispensering samt var i modstrid med beskrivelserne i behandlingsstedets instruks.

### **Opsamling**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Det forhold, at de påviste mangler blev fundet i relation til den sundhedsfaglige dokumentation, medicinhåndtering samt manglende implementering af sundhedsfaglige instrukser betyder, at vi vurderer, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden, som kræver målrettet arbejde hermed, 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 arbejdsgange.</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 lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.</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>
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> </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 det fremgår, hvem der administrerer patientens medicin, herunder om patienten er selvadministrerende.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.</li></ul>
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret p.n.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.</li></ul>

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring		X		<p>Det blev oplyst, at der var en praksis for vurdering, opfølgning og evaluering af sygeplejefaglige problemområder men dette var ikke i tilstrækkelig grad implementeret.</p> <p>Ligeledes havde behandlingsstedet ikke fulgt egen praksis, da der var dispenseret medicin til en hel periode selvom et præparat kom til at mangle i seks æsker. Behandlingsstedet redegjorde for, at det var praksis kun at dosere til den periode, der var medicin til rådighed.</p> <p>På baggrund af de mangler der var vurderes det, at behandlingsstedet ikke i tilstrækkelig grad havde implementeret deres instruks for journalføring samt medicinhåndtering.</p>

### Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
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		X		<p>På baggrund af de fund, der er beskrevet i målepunkt 3 og målepunkt 5 og som der ikke kunne redegøres for under tilsynsbesøget, vurderer vi, at der er tale om mangler i journalføringen samt utilstrækkelige vurderinger af de sygeplejefaglige problemområder,</p>

					plan for pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering herpå.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		<p>Ved gennemgang af to journaler fremstod de begge med mangler i forhold til opdatering samt fyldestgørende beskrivelser af flere af de aktuelle problemområder.</p> <p>Hos en patient som anvendte kørestol manglede der under funktionsniveau en beskrivelse af, at patienten fik hjælp til ADL. Ligeledes var patientens kroniske smerter i knæ ikke beskrevet i nødvendigt omfang. Behandlingsstedet kunne i begge tilfælde redegøre herfor.</p> <p>Ved en patient manglede der beskrivelse af, hvilke symptomer der kom til udtryk ved patientens epilepsi. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor.</p> <p>Ved anden patient manglede der opdatering af problemområdet søvn og hvile, da der havde været ændringer i patientens medicinske behandling. Behandlingsstedet kunne redegøre herfor.</p> <p>Der manglede ved en patient en beskrivelse af afføringsmønsteret, da patienten havde tendens til forstoppelse. Der manglede beskrivelse af hvornår personalet skulle reagere, hvis patienten ikke havde haft afføring. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor.</p>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige		X		I begge journalgennemgange manglede der opfølgning og



<p>dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger</p>				<p>evaluering af den aktuelle pleje og behandling.</p> <p>Hos en patient med kateter fremgik det af flere journalnotater, at medarbejderne i en periode på ca. 10 dage, havde observeret ændring af patientens adfærd samt dage med sparsomme mængder af urin. Patienten havde en uge før de første observationsnotater afsluttet behandling for urinvejs infektion. Behandlingsstedet havde ikke handlet på ændringer i patientens adfærd.</p> <p>Ved en anden patient med tendens til forstoppelse fremgik et notat med en beskrivelse af, at patienten ikke havde haft afføring i otte dage. Efterfølgende blev der en enkelt gang i værksat behandling med et afførende middel, men der forlås ingen opfølgning på effekt. Efterfølgende fremgik der flere observationsnotater i journalen, som beskrev ændringer i patientens adfærd. Ifølge beskrivelser i journalen, varede forløbet 15 dage før patienten var i sin habituelle tilstand. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor.</p> <p>Ved en patient med et lavt BMI og som over en kortere periode havde haft et væggtab på ca. 10 kilo, manglede der tre på hinanden følgende vægtmålinger samt der manglede opdatering, opfølgning og evaluering af ernæringsindsatsen som var beskrevet i journalen. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor.</p> <p>Ved en patient i blodfortyndende behandling, som havde været faldet, var det under problemområdet traumesår beskrevet, at armen var</p>
--	--	--	--	---

					<p>rød samt et sår ved albuen. Der kunne ved tilsynet ikke fremfindes en beskrivelse af opfølgning og evaluering herpå. Behandlingsstedet kunne ikke i tilstrækkelig grad redegøre herfor.</p> <p>Ved en anden patient med tendens til svamp, var det i et observationsnotat beskrevet, at der sås rødme under patientens bryst og der skulle foretages en vurdering heraf den efterfølgende dag. Der forelå ingen beskrivelse i journalen af aktuel plan, opfølgning og evaluering, behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor.</p>
--	--	--	--	--	--

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering	X			
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister		X		<p>I en stikprøve manglede der i bemærkningsfeltet, på den lokale medicinliste, beskrivelser af behandlingsplan for to pn præparater samt beskrivelse af hvem som varetog opgaven. Behandlingsstedet redegjorde for, at egen praksis ikke var fulgt. Medicinlisten fremstod ikke systematisk og entydig.</p> <p>I en stikprøve manglede der over en periode på 4 uger flere dage dokumentation for hvilket tidspunkt samt hvem der havde administreret ikke-dispenserbar medicin.</p> <p>I en stikprøve var medicin der skulle indtages som tyggetablet, dispenseret sammen med dispenseret medicin der skulle</p>

					synkes. Medicin der skal indtages på eksempelvis andet tidspunkt eller anden metode til indgift, skal dispenseres separat for at undgå forveksling og sikre korrekt indgift.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin		X		<p>I en stikprøve var der uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter i doseringsæskerne og den lokale medicinliste. I seks æsker manglede der et præparat for epilepsi. Præparatet var bestilt og kunne fremfindes på behandlingsstedet.</p> <p>I en stikprøve var et præparat til pn brug udløbet i 11. måned 2024 præparatet var dispenseret i fire små medicinposer. Beholderen med medicin samt de fire små poser blev fjernet ved tilsynet.</p> <p>I en stikprøve manglede der anbrudsdato på inhalationsmedicin, præparatets holdbarhed var 6 uger efter anbrud. Medicinen blev kasseret ved tilsynet.</p> <p>Fire små medicinposer som indeholdt pn medicin, manglede dispenserings- samt udløbsdato, disse blev fjernet ved tilsynet.</p> <p>I en stikprøve manglede der navn på to præparater til medicinsk brug samt et af præparaterne manglede anbrudsdato, da det havde begrænset holdbarhed på tre måneder. Behandlingsstedet redegjorde for, at det var praksis at sætte navn og anbrudsdato på alle ikke-dispenserebare præparater, derved manglede det andet præparat også anbrudsdato i følge behandlingsstedets egen arbejdsgang.</p>

					I begge stikprøver manglede der et ordineret præparat i patienternes aktuelle medicinbeholdning. Det ene præparat blev fremfundet ved tilsynet og det andet præparat blev genbestilt under tilsynet.
--	--	--	--	--	--

## Overgange i patientforløb

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

## Øvrige fund

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

# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Malmhøj er et profil plejecenter beliggende i Silkeborg kommune og ledes af Helle Sindal Andersen som også er plejecenterleder på plejecenter Remstruplund som er under afvikling
- Der er i alt 23 pladser på Malmhøj til borgere med psykiatriske udfordringer, på nuværende tidspunkt er der seks ledige pladser
- 16 borgere modtager sundhedslovsydelse på Malmhøj
- På Malmhøj er der ansat ca. 20 medarbejdere fordelt på sygeplejerske, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt en ufaglært afløser. Endvidere er der tilknyttet syv ufaglærte timelønnede medarbejdere. Der er på tilsynsdagen tre vakante stillinger samt en medarbejder på barsel.
- Sygeplejersken vurderer den enkelte sundhedsfaglige opgave og vurderer hvilke kompetencer der skal til for at varetage den aktuelle opgave ud fra Silkeborg kommunes kompetenceprofiler.
- Social- og sundhedshjælpere kan oplæres og få kompetencer i borgerspecifikke opgaver
- Der er dagligt undervisning af sygeplejerske af ca. 10 minutters varighed, med fokus på kompetenceudvikling samt der afvikles daglige tavlemøder
- Fremadrettet vil man på Malmhøj arbejde i kontakt teams til hver borger
- Der er tilknyttet fast huslæge på Malmhøj, som fremadrettet skal lave dialogbaseret undervisning i forbindelse med huslægebesøgene fx i urinvejene samt forebyggelse af blærebetændelse
- På Malmhøj anvender man omsorgssystemet Nexus. Instrukser ligger på SIKO, kommunens intranet samt proceduresamlingen VAR anvendes.

## Begrundelse for tilsyn

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

## Om tilsynet

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

### Ved tilsynet deltog:

- Helle Sindal Andersen, plejecenterleder
- Tina Pedersen, områdeleder – område 2
- Merete Kjærsgaard Kristensen, sektionsleder af plejesektoren
- En sygeplejerske
- En dokumentationsansvarlig sygeplejerske
- To udviklingskonsulenter fra Silkeborg kommune

**Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:**

- Helle Sindal Andersen, plejecenterleder
- Tina Pedersen, områdeleder – område 2
- Merete Kjærsgaard Kristensen, sektionsleder af plejesektoren
- En sygeplejerske
- En social- og sundhedsassistent
- En dokumentationsansvarlig sygeplejerske
- To udviklingskonsulenter fra Silkeborg kommune

**Tilsynet blev foretaget af:**

- 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.
- Personalet for de forskellige faggrupper har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. Dette gælder også for vikarer, ufaglærte, elever og studerende.
- Ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med behandlingsstedets instrukser, herunder at:
  - o 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 Personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser.
  - o Personalet er oplært i journalføring, at der er afsat tid til journalføring, og at journalføringen udføres tidstro.
  - o Journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt.
  - o Notaterne er tilgængelige for de sundhedspersoner, der deltager i pleje og behandling af patienterne.

#### Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1015 af 05. september 2024](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\) \(Kapitel 3, §30 og §31\) BEK nr. 713 af 12/06/2024](#)

## Journalføring

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

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

- Vurdere patientens aktuelle problemer og risici med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder.
- Revurdere patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand.
- Lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici
- Følge op på og evaluere planlagt pleje og behandling.
- Opdatere planen for pleje og behandling ved ændringer.
- Sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\)](#), BEK nr. 713 af 12. juni 2024
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\)](#), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\)](#), LBK nr. 1008 af 29. august 2024

### 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.
- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

#### 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

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

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå, at:

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\)](#), BEK nr. 713 af 12. juni 2024
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\)](#), VEJ nr. 9473 af 25. juni 2024
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\)](#), LBK nr. 1008 af 29. august 2024

## Medicinhåndtering

### 6. Interview om medicinhåndtering

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

- Medicindispensering og -administration.
- At sikre 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
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering](#), 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

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

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal der fremgå følgende:

- At medicinlisterne 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.
- Hvem der administrerer medicinen, herunder om patienten er selvadministrerende.
- Præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke.
- Ekeltdosis og maksimal døgndosis for p.n.-medicin.
- Ordinerende læges navn og/eller 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](#)
- [Risikosituationer/lægemidler – En guide til sikker medicinhåndtering, 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 patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

## 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 doseringsæsker/-poser.
- Dispenseret p.n.-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.
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin.
- Holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling er ikke 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.

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](#)
- [Risikosituationslægemidler – En guide til sikker medicin håndtering, 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](#)

## 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).
- Der ved indlæggelse på sygehus er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling (herunder medicin).
- 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. 1008 af 29. august 2024](#)

## Øvrige fund

## 10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

### Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1015 af 05. september 2024](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

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

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

## Baggrund

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

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

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

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213.

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

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 5.

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

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

## Tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

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

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

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

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

## Modstridende krav fra tilsynsmyndigheder

Oplever behandlingsstedet, at styrelsen stiller krav, der strider mod krav fra andre tilsynsmyndigheder, kan behandlingsstedet gøre styrelsen opmærksom på det ved at skrive til [modstrid@stps.dk](mailto:modstrid@stps.dk).

---

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

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