

Tilsynsrapport

S/I Helene Mariehjemmet

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2024

S/I Helene Mariehjemmet
Egetrolden 2
3200 Helsinge

CVR- nummer: 43887645 **P-nummer:** 1029307012 **SOR-ID:** 1365241000016002

Dato for tilsynsbesøget: 22-11-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-18943

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget fire dokumenter, hvor ledelsen har beskrevet deres planer for at sikre patientsikkerheden på Helene Mariehjemmet. Det indkomne materiale er vurderet og vil i det følgende blive omtalt samlet som redegørelsen. Af redegørelsen fremgår, at ledelsen fortsat følger en handleplan med planlagte relevante tiltag i forhold til de konstaterede fund og medfølgende krav, der følger af påbud af 24. september 2024.

Det fremgår, at der er iværksat tiltag i forhold til synlig faglig ledelse, ansættelse og fastholdelse af sundhedsfagligt personale, samt indførelse og fastholdelse af faste og sikre arbejdsgange for vurdering af patienternes behov for pleje og omsorg. Desuden fortsat implementering af instrukser, der sikrer korrekt og ensartet journalføring og medicin håndtering. Af redegørelsen fremgår også, hvordan ledelsen vil varetage processen for indtag af nye beboere med fokus på, at der før indflytning er ansat tilstrækkeligt med personale, så udbygningen sker balanceret og proportionalt med medarbejderindtag. Såfremt der ikke er en sådan balance, vil indtaget af nye beboere blive vurderet og tilpasset, så patientsikkerheden sikres og indtaget kan ske efter gældende kvalitetsstandarder.

Vi anerkender, at Helene Mariehjemmet har beskrevet og iværksat relevante sundhedsfaglige tiltag for at imødekomme styrelsens krav og har opnået betydelige resultater siden sidste tilsyn. Vi vurderer også, at Helene Mariehjemmet har redegjort for, at de på forsvarlig vis vil kunne indtage nye patienter. På den baggrund ophæver vi påbuddet om midlertidigt at indstille indtaget af nye patienter.

Vi vurderer dog, at Helene Mariehjemmet ikke på tilstrækkelig vis er kommet i mål med, at personalet arbejder i overensstemmelse med de fastlagte arbejdsgange, herunder journalføring, vurdering af de 12 sygeplejefaglige problemområder samt opfølgning og evaluering herpå. Samt at det vil kræve en målrettet indsats for behandlingsstedet, med en relativt ny ledelse og forestående indtag af nye medarbejdere og patienter, at fastholde de forbedringer, vi har set i forhold til medicin håndtering, sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning, journalføring og instrukser.

Vi har derfor ikke fundet grundlag for at ophæve påbuddet af 24. september 2024 i øvrigt og vil foretage yderligere opfølgning over for behandlingsstedet.

Påbuddet er offentliggjort 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 **22-11-2024** vurderet, at der på **S/I Helene Mariehjemmet** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at Helene Mariehjemmet siden vores tilsyn den 28. august 2024 har været i gang med at rette op på de fund, der var vedrørende organisering, pleje og behandling, journalføring samt medicin håndtering.

Behandlingsstedets organisering

Ved tilsynet den 22. november 2024 konstaterede vi, at der siden sidste tilsyn den 28. august 2024 havde været udskiftning i ledelsen. Ved tilsynet den 28. august 2024 varetog direktøren for Mariehjemmene ledelsen med assistance fra forstandere fra andre Mariehjem. I mellemtiden havde der været en konstitueret forstander, denne fratrådte sidst i oktober. Nu var der ansat en interim forstander fra den 1. november 2024, samtidig med at der var indgået aftale med en udviklings- og en kvalitetskonsulent om hjælp til udviklings- og kvalitetsarbejdet i et antal timer ugentligt. Der var 1. september 2024 ansat en ny sygeplejefaglig leder.

Der havde siden sidste tilsyn ikke været indflytning af nye beboere.

Det blev oplyst, at der forsat var vakante stillinger, hvoraf flere blev besat den 1. december 2024 og 1. januar 2025, herunder af to social- og sundhedsassistenter og to sygeplejersker. De to sygeplejersker var en opnormering med henblik på at styrke fagligheden. Der var ligeledes indgået aftale med et vikarbureau om fire faste social- og sundhedsassistenter 32 timer ugentligt i en tre måneders periode. Vagterne blev indtil de nye ansættelser trådte i kraft dækket med eksterne og interne vikarer, hvor der blev taget højde for, at de rette kompetencer var tilstede i forhold til beboernes behov. Introduktion og oplæring var sat i system med skema og opfølgningssamtaler efter otte uger. Der var generelt skabt et overblik over behovet for sundhedsfaglige kompetencer og vakancer.

Direktøren for Fonden Mariehjemmene oplyste, at der var udarbejdet en detaljeret handleplan, der adresserede alle målepunkter, og at denne var fulgt og revideret løbende. Det blev endvidere oplyst, at der var arbejdet med at fastlægge arbejdsgange i forhold til faglig sparring, overlap mellem vagtlag, journalføring og medicin håndtering. Der var etableret teams omkring beboerne, kontaktpersoner og morgenmøder med planlægning af dagens opgaver og daglig triagering. Der var ligeledes etableret en IT-løsning, der skulle gøre det muligt, at få det fornødne overblik i journalen.

Der var udarbejdet relevante instrukser, herunder instruks der beskriver hvilke opgaver de forskellige faggrupper skulle varetage, og de var i gang med at udarbejde kompetenceskemaer på alle medarbejdere. Aktuelt anvendte de funktionsbeskrivelser. De øvrige instrukser, der manglede ved sidste tilsyn, var ligeledes udarbejdet og implementeringen af instrukserne var igangsat.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Det blev oplyst ved tilsynet, at alle journaler var screenet med henblik på, at afdække patienternes problemstillinger og kompleksitet. Der var iværksat undervisning i brug af omsorgsjournalen både med hensyn til fagligt indhold og den praktiske brug.

Vi konstaterede, at der var arbejdet intensivt med de 12 sygeplejefaglige problemområder, og at områderne for nyligt overordnet set var vurderet og beskrevet. Der var dog fortsat en del beskrivelser, der ikke var fyldestgørende. Ligeledes manglede i nogle tilfælde dokumentation af opfølgning og evaluering på iværksat pleje og behandling. Ved tilsynet kunne der gøres rede for ovenstående, og ligeledes også gøres rede for hvilken praksis der var indført. Desuden var udarbejdet et fyldestgørende overblik over patienternes sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med lægen.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring og fravær af væsentlige helbredsoplysninger rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Medicinhåndtering

Der var nu en fyldestgørende instruks omhandlende medicinhåndtering og alle målepunkter for medicinhåndtering var opfyldt på tilsynsdagen.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at Helene Mariehjemmet har arbejdet konstruktivt henimod at komme i mål med de uopfyldte målepunkter, herunder fortsat implementering af instrukser, etablering af mødefora, faglig sparring og instruering og oplæring af personale. Vi har desuden lagt vægt på, at vi ikke konstaterede nogle fund vedrørende medicinhåndtering.

Vi vurderer, at den nuværende ledelse og medarbejderne på kort tid har gjort en væsentlig indsats for at sikre fyldestgørende vurderinger og beskrivelser i forhold til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger. Det er dog også vores vurdering, at de nye arbejdsgange og instruks for journalføring endnu ikke er tilstrækkeligt implementeret.

Vi konstaterer samtidig, at der forestår en større koordineret indsats, herunder fastholdelse af de forbedringer vi har set i forhold til instrukser, sygeplejefaglige vurderinger, journalføring og medicinhåndtering. Vi har hertil lagt vægt på Helene Mariehjemmets behov for fortsat rekruttering og fastholdelse af ledelse og medarbejdere samt implementering af arbejdsgange for det sundhedsfaglige arbejde med tilhørende instrukser til nyt personale.

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

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte arbejdsgange.• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret i de fastlagte arbejdsgange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder arbejdsgange ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande.• Behandlingsstedet skal sikre, at de ansatte er oplært i journalføring.
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">• Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang.• Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.
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">• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.

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>Ledelsen kunne gøre rede for alle elementer i målepunktet, herunder var alle instrukser udarbejdet siden sidst og blev fremlagt ved tilsynet. Vi fik desuden oplyst at instrukser og arbejdsgange var gennemgået ved personalemøde og sygepleje-/social- og sundhedsassistentmøde.</p> <p>Idet det samtidig blev oplyst, at nuværende ledelse var ansat indenfor for få måneder, at der forsat var flere vakante stillinger, et stort forbrug af vikarer og kommende ny medarbejdere med start 1. december og 1. januar 2025 samt at der ikke havde været indflytning af nye beboere i en periode finder vi, at det ikke er dokumenteret, at instrukser og ændrede arbejdsgange er fuldt implementeret.</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			

3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		<p>I to ud af to stikprøver var patienternes sundhedsfaglige problemer eller risici vurderet i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>Problemer og risici var dog ikke i alle tilfælde fyldestgørende beskrevet.</p> <p>Følgende områder havde mangler:</p> <p>Kommunikation og psykosocial forhold: Problemer med kommunikation og psykosocial kontakt var ikke beskrevet.</p> <p>Smerter og sanseindtryk Der manglede beskrivelse af smerteproblematik, hvordan kom det til udtryk. Der manglede beskrivelse af hvordan øjensygdom kom til udtryk</p> <p>Udskillelse – tarmfunktion og vandladning Der manglede beskrivelse af funktion af KAD og hyperaktiv blære samt beskrivelse af afføringsmønster.</p> <p>Funktionsniveau Funktionsniveau var ikke fyldestgørende beskrevet. Patienten havde funktionsnedsættelse.</p> <p>Kost og ernæring Hos en patient der var småtspisende og skulle nødes, var det ikke beskrevet hvilken kost der skulle tilbydes og hvilke præferencer patienten havde. Over 6 måneder havde patientens vægt varieret med plus-minus 3 kg. Det var ikke beskrevet om, det var en acceptabelt.</p>
----	--	--	---	--	--

					<p>Hud og slimhinder Hos en patient der havde problemer med hud og slimhinder i form af hudløshed og irritation, var lokation beskrevet, men der manglede beskrivelse form, farve og størrelse af hudproblemet.</p> <p>Respiration Der manglede beskrivelse af hvordan respirationsproblemer i form af KOL kom til udtryk.</p> <p>Ved tilsynet kunne der redegøres for ovennævnte mangler.</p>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger		X		<p>I to ud af to stikprøver manglede der i flere tilfælde opfølgning og evaluering på iværksat pleje og behandling eller på enkeltstående observationer.</p> <p>Det drejede sig eksempelvis om observation af mørk urin, opfølgning på smerteproblematikker, effekt af træningsindsats, opfølgning på hudproblem og ernæringsindsats.</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			
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	X			

Overgange i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb			X	Målepunktet blev ikke gennemgået ved tilsynet

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Helene Mariehjemmet er et selvejende plejehjem beliggende i Gribskov Kommune som er åbnet 1. februar 2024.
- Helene Mariehjemmet er en del Fonden Mariehjemmene og er ledet af en bestyrelse. Siden August måned har direktøren for Fonden Mariehjemmene i perioder varetaget ledelsen og eller sparret tæt med den aktuelle ledelse, samt haft bistand af forskellige konsulentvirksomheder. Aktuelt er der ca. 1. november ansat en konstitueret forstander.
- Plejehjemmet har boliger til 90 beboere. Plejehjemmet er opdelt i 6 boenheder. Ved tilsynet var 4 af boenhederne åbnet og der er aktuelt 45 borgere. Der er 11,5 medarbejder i fremmøde i dagvagt og 9 i aftenvagt.
- Siden august 2024 er der opstartet faste teams omkring hver boenhed med samtidig etablering af faste kontaktpersoner fra 15. september 2024. Vejledende antal fremmøde i hver boenhedgruppe: i dagvagt 4 medarbejder, heraf en social- og sundhedsassistent, i aftenvagt 2 til 3 medarbejdere, heraf mindst 1 social- og sundhedsassistent pr. 2 grupper, i nattevagt 2-3 medarbejdere, hvoraf 1 er social- og sundhedsassistent.
- Det er efter tilsynet oplyst, at der er ansat 4 sygeplejersker, 9 social- og sundhedsassistenter, 13 social- og sundhedshjælpere, 2 pædagog, 2 ufaglærte, 20 timelønnede og 14 andre. Der er aktuelt 8 vakante stillinger og der er ifølge det oplyste fokus på, at der på baggrund af opstart og sygefravær mv er behov for en højere normering i en periode.
- Herudover har plejehjemmet ansat fire medarbejdere i en funktion som "værtinder".
- Vakancen blev dækket af et antal timelønnede og ved brug af vikarer fra eksternt vikarburau. Der fandtes vikarkoder til læse- og skriveadgang i Nexus.
- Plejehjemmet har dagligt møder på tværs af faggrupper, hvor de anvender triagering som metode - desuden afholdes beboerkonferencer en gang månedligt pr. enhed.
- Der er tilknyttet plejehjemslæge til plejeenheden, som kommer i plejeenheden en gang ugentlig.
- Plejehjemmet anvender Nexus FS 2 som journalsystem og har i efteråret fået IT konsulenthjælp til etablere det fornødne overblik over sygdomme, vurderingsområder opfølgning og evaluering.
- Oplysninger om behandlingsstedet indsættes her. Se afsnit 4 i Skriveguide.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 28. august 2024 et påbud til Helene Mariehjemmet den 24. september 2024 om:

- Midlertidigt at indstille indtaget af nye patienter.

Vi gav samtidig et påbud om straks at sikre:

- forsvarlig medicinhandling, herunder udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser herfor.

- at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
- tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af tilstrækkelige instrukser herfor.
- udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for ansvars- og kompetenceforhold samt pludselig opstået sygdom og ulykke.

Tilsynet var opfølgende reaktivt tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddene var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for 2 patienter

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 28. august 2024.

- Instrukser for medicinhåndtering, journalføring og akut opstået sygdom
- Journalføring
- Informeret samtykke

Ved tilsynet deltog:

- Ulla Agerskov, direktør for Fonden Mariehjemmene
- Denice Jensen, sygeplejefaglig leder
- Charlotte Urhammer, konstitueret forstander (Interim)
- En sygeplejerske, en social-og sundhedsassistent og to social-og sundhedshjælpere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Ulla Agerskov, direktør for Fonden Mariehjemmene
- Denice Jensen, sygeplejefaglig leder
- Charlotte Urhammer, konstitueret forstander

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Kate Dagmar Jensen, 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, ufraglærte, 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](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\) \(Kapitel 3, §30 og §31\) BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9473 af 25. juni 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. 895 af 26. juni 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
- [Vejlledning 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. 895 af 26. juni 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. 895 af 26. juni 2024](#)

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.
- 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. 895 af 26. juni 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](#)

- [Risikosituationsslægemedler – En guide til sikker medicinhandling, 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:

- [Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Risikosituationsslægemedler – En guide til sikker medicinhandling, 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/-posser.

- 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.
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.

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](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [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](#)
- [Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2022](#)

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. 895 af 26. juni 2024](#)

Øvrige fund

10. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

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

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på 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 Tilsynsrapporter⁹. 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.

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.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1