



Tilsynsrapport Hybyhus Pleje

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2025

Hybyhus Pleje
Lundingsvej 17
7000 Fredericia

CVR- nummer: 69116418 P-nummer: 1003336296 SOR-ID: 1007421000016001

Dato for tilsynsbesøget: 09-01-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-19562



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget bemærkninger til de faktuelle forhold og til fundene i rapporten, som er blevet tilpasset, hvor det var relevant. Høringssvaret har ikke givet anledning til en ændret vurdering af forholdene.

Vi har derfor den **18. marts 2025** givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at sikre patientsikkerheden på stedet.

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 **09-01-2025** vurderet, at der på **Hybyhus Pleje** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Grundlaget for at varetage medicinhåndteringen

Vi konstaterede at der var en overordnet instruks der gav behandlingsstedet mulighed for at oprette lokale ordinationer på den lokale medicinliste. De lokale ordinationer måtte ifølge instruks, kun omhandle vitaminer og kosttilskud, og skulle ifølge instruks oprettes efter aftale med en læge. Vi konstaterede at der på en medicinliste var lokal ordination på tre præparater, hvoraf de to præparater ikke var vitaminer eller kosttilskud. Det fremgik ikke at ordinationerne var aftalt med en læge hvilket i et eksempel gav anledning til usikkerhed, idet der var en lokal ordination og en PN lægeordination på det samme kostpræparat. Vi konstaterede at der var en praksis for oprettelse af lokale ordinationer. Ligeledes var det vores indtryk at instruks ikke kunne fremfindes af leder og medarbejdere.

Vi vurderer, at instruks for lokale ordinationer ikke blev fulgt og at ledelsen ikke i tilstrækkelig grad sikrede at medicinen blev håndteret i overensstemmelse med instruks for medicinhåndtering.

De sygeplejefaglige vurderinger og journalføringen

Ved journalgennemgang konstaterede vi, at der ikke blev foretaget de nødvendige sygeplejefaglige vurderinger af borgernes aktuelle problemer for eksempel i forholdet til en borger i stor risiko for tryk og med ernæringsrelaterede problemstillinger.

Behandlingsstedet kunne ved interview ikke redegøre for, at vurderingerne i nødvendigt omfang var udført.

Vi konstaterede også, at observationer, pleje, behandling og opfølgning i relation til aktuelle problemer ikke i tilstrækkelig grad var journalført. Det omhandlede eksempelvis en ernæringsplan og kostregistrering hos en borger i ernæringsrisiko der også var tryktruet. Ligeledes konstaterede vi, at der blev journalført dele af de sygeplejefaglige vurderinger og pleje under servicelovsydelserne hvilket ikke gav det nødvendige overblik og sammenhæng i pleje, behandling, opfølgning og evaluering.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke bliver foretaget de nødvendige faglige vurderinger og den afledte sundhedsfaglige pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke fremgår tydeligt i journalføringen idet der er en risiko for, at der ikke skabes kontinuitet i plejen og behandlingen i den enkelte borgers forløb.

Vi vurderer at personalet, kendte borgerne godt. Dog kunne der i flere tilfælde, ikke redegøres for manglerne i journalerne. På den baggrund vurderer vi, at manglerne ikke alene kunne henføres til manglende journalføring, men må tages som udtryk for, at ikke alle vurderinger og opfølgning var foretaget.

Medicinlister og medicinbeholdning

Vi konstaterede, at der på en medicinliste var oprettet lokale ordinationer hvoraf to af lægemidlerne ikke fremgik af instruksen for lokale ordinationer. Vi konstaterede også, at et vitamin tilskud, som var oprettet som en fast lokal ordination også var ordineret af en læge som en pn ordination. Ligeledes var oprettelserne af de lokale ordinationer af ældre dato og det fremgik ikke, at der var foretaget opfølgning på behandlingen og ordinationerne.

Det er vores vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden når lokale ordinationer kun fremgår på den lokale medicinliste idet der er en stor risiko for, at der ikke er det nødvendige overblik over den samlede medicinering, at der derved ikke bliver fulgt op og evalueret på behandlingen ligesom den samlede medicinske behandling ikke kan ses eksempelvis i forbindelse med en indlæggelse.

Vi konstaterede, at der i en PN-beholdning var anbrudt og taget fra tre medicinæsken som alle tre indeholdt paracetamol med forskellige handelsnavne. Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden når der administreres det samme lægemiddel fra forskellige medicinbeholdere, da der kan opstå tvivl om, hvilket præparat der er administreret fra, hvis der skulle opstå bivirkninger, der kunne relatere sig til hjælpestofferne.

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

Opsamling

Vi har i den samlede vurdering lagt vægt på alvorligheden i medicinhåndteringen og manglerne i de sygeplejefaglige vurderinger og journalføringen.

Vi vurderer derfor at der er større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

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

Nummer	Navn	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 der er udarbejdet nødvendige sundhedsfaglige instrukser. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser.
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"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at identificere og vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at sikre kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om patientens behandling, opfølgning og kontrol. • 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.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang.

Num mer	Navn	Krav
	sygeplejefaglige problemområder	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/ Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin. • Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring		X		<p>Der var en overordnet instruks for medicinhåndtering der gav mulighed for, at sygeplejersker kunne oprette en lokal ordination der omhandlede vitaminer og kosttilskud.</p> <p>På baggrund af fund og mangler i målepunkterne 6, 7 og 8 vurderer vi at instruksen for medicinhåndtering ikke blev fulgt.</p>

Journalføring

Nummer	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		På baggrund af de fund der er beskrevet i målepunkterne 3 og 5 som der ikke kunne redegøres for, vurderer vi at der ikke er tale om journalføringsmangler men utilstrækkelige vurderinger af de sygeplejefaglige problemområder, planer for pleje, 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>Borgernes aktuelle problemområder var ikke i tilstrækkelig grad og i nødvendigt omfang beskrevet.</p> <p>Det omhandlede en borger som havde flere komplekse problemområder, der relaterede sig til ernæring og kost ligesom borgeren var i risiko for at udvikle tryksår og aktuelt havde et tryksår.</p>

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					<p>Der kunne redegøres for at borgeren var i ernæringsrisiko og var i stor risiko for at udvikle tryk.</p> <p>Der kunne ikke redegøres for, om der var foretaget en ernæringscreening og lagt en ernæringsplan ligesom der ikke kunne redegøres for, at der var foretaget en tryksårsscreening.</p> <p>Hos en borger der havde problemer med ødemer og sår under fødderne var problemerne ikke i nødvendigt omfang beskrevet.</p> <p>Der kunne redegøres for dette.</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>Hos en borger der var i ernæringsrisiko og fik en særlig diæt manglede en beskrivelse af ernæringsplanen, kostregistreringer, samt opfølgning og evaluering.</p> <p>Der kunne redegøres for, at borgeren fik tilbudt proteindrikke spiste til måltiderne og blev vejlet. Der kunne ikke redegøres for, at der blev kostregistreret og fulgt op og evalueret på om borger fik den ernæring der var behov for.</p> <p>I en journal manglede der i to dage, efter at borger havde været dårlig, en opfølgning på, om der var målt en temperatur som planlagt og en vurdering af borgers tilstand.</p> <p>Der kunne redegøres for dette.</p>

Medicinhandling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhandling		X		Ved interview fremgik det, at medicin der var omfattet af instruksen for lokal ordination ikke blev fulgt jf. instruksen.
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister		X		<p>I en medicinliste fremgik der flere præparater, som behandlingsstedet havde oprettet som lokale ordinationer. Disse fremgik ikke af FMK (fælles medicinkort) som behandlingsstedet brugte.</p> <p>Der var oprettet to lokale ordinationer på viskøse øjendråber og et lægemiddel mod for meget luft i mavetarmkanalen. Begge præparater var ordineret flere år tilbage.</p> <p>Der var på medicinlisten oprettet en lokal ordination på 1 tablet magnesium fast dagligt. Derudover fremgik der en lægeordination på magnesium pn max 1-2 tabletter dagligt.</p> <p>Behandlingsstedet redegjorde for, at de ville tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge, i forhold til at få afklaret det maksimale indtag af magnesium borger måtte få på et døgn.</p> <p>Hos en anden borger var medicinlisten ikke opdateret med to præparaters aktuelle handelsnavne.</p> <p>I en borgers medicinbeholdning var der aktuelt anbrudt tre medicinæsker som alle tre indeholdt paracetamol. Det var uklart hvilken medicinæske der blev udleveret fra</p>

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					da alle medicinæsker var anbrudt og havde forskellige handelsnavne.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin		X		Hos en borger manglede der to PN præparater i beholdningen, borgers navn på to præparater ligesom der ikke var angivet en anbrudsdato på et præparat, som havde en begrænset holdbarhed efter åbning.

Overgange i patientforløb

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

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hybyhus plejehjem er et kommunalt plejehjem i Fredericia kommune.
- Hybyhus er tre distrikter med to plejehjemsledere
- Leder af distrikt 12 som var genstand for tilsynet: Mariane Ivalo Knudsen Schmidt
- Antal borgere i Distrikt 12 : 39 faste og fire midlertidige pladser
- Antal ansatte: 56 fordelt på følgende faggrupper: fire sygeplejersker, 19 social og sundhedsassistenter, 15 social og sundhedshjælpere, pedel, servicemedarbejder samt otte ikke faglærte
- Der anvendes Nexus og der er den 1-12-2024 opstartet en proces med at implementere VAR.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af at vi igennem medieomtale af BDO rapport har fået kendskab til at journalføringen på Hybyhus Plejecenter ved BDO's tilsyn fremstod mangelfuld, og at det ved flere patienter ikke var muligt at få et tilstrækkeligt overblik over patienternes helbredssituation.

Om tilsynet

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

Ved tilsynet deltog:

- Plejehjemsleder: Mariane Ivalo Knudsen Schmidt
- Tre sygeplejersker
- En udviklingskonsulent Fredericia kommune

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Plejehjemsleder: Mariane Ivalo Knudsen Schmidt
- Tre sygeplejersker
- En udviklingskonsulent Fredericia kommune

Tilsynet blev foretaget af:

- Hanne Marian Søgaard, tilsynskonsulent
- Signe Boye Karlsen, sygeplejerske

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:

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

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder

- 5) Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
- 6) Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskaade.
- 7) Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
- 8) Seksualitet, køn og kropsovfattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
- 9) Smarter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønstre, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
- 10) Søvn og hvile, fx søvnmønstre, varighed af søvn, træthed, energi.
- 11) Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
- 12) Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønstre, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønstre.

Referencer:

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

4. Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)
- [Vejlledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9473 af 25. 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](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)
- [Vejlledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9473 af 25. 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:

- [Risikosituationsslægemedler – En guide til sikker medicinhåndtering, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2021](#)

6. Interview om medicin håndtering

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

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:

- [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](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

8. Håndtering og opbevaring af medicin

Ved gennemgang af medicinbeholdningen vurderes det, om håndteringen og opbevaringen opfylder følgende:

8. Håndtering og opbevaring af medicin

- 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 patients 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:

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

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).

9. Interview om overgange i patientforløb

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

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

Baggrund

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

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

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

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

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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