

# 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:** 28-08-2024

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

**Sagsnr.:** 35-2011-18404

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynet modtaget materiale i form af en handleplan samt bemandingsoversigter.

Vi anerkender, at behandlingsstedet har planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede forhold. 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 stedet.

Vi har derfor den 24. september 2024 givet behandlingsstedet påbud om at indstille indtaget af nye patienter, indtil styrelsen har vurderet det forsvarligt at ophæve påbuddet. Vi har desuden påbudt behandlingsstedet, at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold 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 **28-08-2024** vurderet, at der på **S/I Helene Mariehjemmet** er

### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn samt materiale modtaget efter tilsynet vedrørende plejehjemmets organisering.

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at otte ud af ti målepunkter vedrørende S/I Helene Mariehjemmets organisering, pleje og behandling, journalføring samt medicin håndtering ikke var opfyldt.

### Behandlingsstedets organisering

Ved tilsynet den 28. august 2024 konstaterede vi, at forstanderen og den sygeplejefaglige leder begge var fratrådt. Tilstede ved tilsynet var direktøren for Fonden Mariehjemmene samt to ledere fra andre

Mariehjem. Det blev oplyst, at de to ledere siden henholdsvis 15. og 19. august havde varetaget konkrete og afgrænsede ledelsesmæssige opgaver på Helene Mariehjemmet.

Det blev endvidere oplyst, at der siden plejehjemmets åbning i februar 2024 løbende havde været indflytning af beboere samtidig med rekruttering af personale. Der havde været og var problemer med at rekruttere og fastholde faglært personale. Der var fortsat vakante stillinger og sygefravær blandt social- og sundhedspersonalet og en større del af vagterne blev dækket med interne og eksterne vikarer, heraf ikke-faglærte medarbejdere.

Ved tilsynet konstaterede vi, at der ikke kunne redegøres for fastlagte arbejdsgange, herunder instrukser for de sundhedsfaglige opgaver i tilstrækkelig grad. Vi konstaterede endvidere, at overleveringer mellem vagtlag, organisering af arbejdet og den fornødne dokumentation ikke var tilrettelagt under hensyn til, at en del af vagterne skulle varetages af interne og eksterne vikarer herunder ikke-faglærte.

Det er styrelsens vurdering, at den ustabile ledelsesstruktur samtidig med løbende indtag af nye beboere i kombination med manglende implementering af instrukser og fastlagte arbejdsgange siden åbningen af plejehjemmet sammenholdt med en stor medarbejderomsætning, mange vakante stillinger, stort vikarforbrug og mangel på faglært personale indebærer en kritisk risiko for patientsikkerheden på stedet.

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at der i de aktuelle problemområder manglede en beskrivelse af problemområdet og den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. Der var ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Manglerne i journalføringen betød, at der ikke kunne redegøres for, hvilke overvejelser der var gjort, hvilken pleje og behandling der var planlagt og udført samt hvilken opfølgning der skulle være.

Ved tilsynet kunne der ligeledes ikke i tilstrækkelig grad redegøres for, hvilken praksis der var for vurdering af problemer og risici, samt for den manglende dokumentation, og hvilke faglige overvejelser der var gjort.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der ikke var fulgt op på akutte situationer/ændringer i patienternes tilstand, hvilket udgør en risiko for patientsikkerheden. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke er foretaget relevante observationer hos patienter, der eksempelvis har diabetes, demens, osteoporose eller kroniske og akutte smertetilstande.

Det er vores vurdering, at mangelfulde vurderinger, journalføring, systematik og fravær af væsentlige helbredsoplysninger, samt manglende entydighed i journalføringen, 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. Her gjorde det sig særligt gældende, at der var utilstrækkelig plan og evaluering i forhold til sårpleje, diabetesbehandling og vurdering af smerter.

## **Medicinhåndtering**

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen, er det vores vurdering, at der ikke var sikre arbejdsgange for medicinhåndtering. Ligeledes fremstod instruks for medicinhåndtering mangelfuld, og det fremgik at den ikke var kendt og i anvendelse.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering af en fyldestgørende instruks 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 unkladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

## **Opsamling**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for alle områder.

Manglerne vurderes at være kritiske, især inden for ledelse og organisering, medicinhåndtering, sygeplejefaglige vurderinger, opfølgning og evaluering på samme, samt journalføring.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

## 2. 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 der er fastlagte arbejdsgange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande.</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret i de fastlagte arbejdsgange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder arbejdsgange ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande.</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 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 praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.</li> </ul>
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang.</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.</li> </ul>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.</li> </ul>
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering heraf.	<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>

	evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.</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 anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin er i beholdning.</li></ul>
9.	Interview om overgange i patientforløb	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved indlæggelse på sygehus er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren, er fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling modtages og anvendes.</li><li>• Ledelsen skal sikre, at personalet kender og anvender de fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand og den sundhedsfaglige pleje og behandling ved overflytning til et andet behandlingssted i primærsektoren, samt ved overdragelse af opgaver.</li><li>• Ledelsen skal sikre, at personalet kender og anvender de fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling modtages og anvendes ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren.</li></ul>

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<p><u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring</u></p>		X		<p>Det blev oplyst, at der i øjeblikket ikke var ansat en forstander, souschef og sygeplejefaglig leder på Helene Mariehjemmet.</p> <p>Ledelsesopgaver blev for nuværende delvist varetaget af to forstandere fra andre Mariehjem samt direktøren for Fonden Mariehjem.</p> <p>Det blev ligeledes oplyst, at der havde været et stort flow af personale siden åbningen den 1. februar 2024 og at der var vakante stillinger, samt et stort forbrug af vikarer/afløsere. Det blev endvidere oplyst, at der ikke var planlagt tid til mundtlig overlevering af aktuelle/akutte problemstillinger mellem vagtlagene.</p> <p>På forespørgsel blev det oplyst, at Helene Mariehjemmet anvendte instrukser udarbejdet centralt for Mariehjemmene. I den forbindelse kunne der ikke klart redegøres for, om de nødvendige instrukser forelå elektronisk og/eller i en papirudgave.</p> <p>I en mappe centralt på plejehjemmet fandtes en række instrukser. Mappen fremstod ikke struktureret, idet der eksempelvis sad flere kopier af samme instruks, mens andre instrukser helt manglede:</p> <p>Instruks for ansvar- og kompetenceforhold manglede</p>

				<p>beskrivelser vedrørende vikarer og afløsere.</p> <p>På forespørgsel kunne der ikke gøres rede for de forskellige faggrupperes kompetencer og varetagelse af opgaver. Der forelå kompetenceskemaer i en anden mappe, men mappen var ikke opdateret og indeholdt skemaer på fratrådte medarbejdere. Det blev oplyst, at vikarer/afløsere altid blev introduceret til stedet.</p> <p>Instruks vedrørende pludselig opstået sygdom og ulykke var ikke retvisende, idet den beskrev arbejdsgange som ikke var gældende for Helene Mariehjemmet.</p> <p>Instruks for medicinhåndtering var meget mangelfuld, idet den kun beskrev modtagelse af medicin og et tjekskema til brug for dispensering af medicin.</p> <p>Instruks for nødprocedure ved systemnedbrud manglede.</p> <p>Instrukser for fravalg af livsforlængende behandling, sundhedsfaglig dokumentation/journalføring og instruks for hygiejne mv. forelå i mappen, men blev ved tilsynet ikke gennemgået.</p> <p>Det blev endvidere oplyst, at plejehjemmet anvendte VAR (klinisk støtteværktøj), men der var tvivl om alle medarbejdere havde adgang hertil.</p> <p>Vi konstaterede, at instrukserne ikke var fyldestgørende, tilstrækkeligt kendte og anvendte.</p>
--	--	--	--	--



## Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Det blev oplyst, at vurderinger af patienternes aktuelle problemer og risici med udgangspunkt i de 12 sygeplejefaglige problemområder blev foretaget hurtigst muligt efter indflytning, men der kunne ikke redegøres for en fastlagt praksis.</p> <p>I de to stikprøver så vi en uens praksis og systematik for, hvordan patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser blev journalført.</p> <p>Der var ligeledes ikke en systematik i, hvordan og hvornår vurderingerne af problemområderne blev ajourført og opdateret, ligesom opfølgning og evaluering på iværksat pleje og behandling enten ikke var journalført eller var noteret et sted, hvor det ikke var forventeligt.</p> <p>Eksempelvis blev notater ikke konsekvent knyttet til relevante problemområder. Ligesom vigtige informationer om patienternes sygdomme og behandling udelukkende fremgik af korrespondancemeddelelser fra sygehus og/eller læge.</p> <p>Ved gennemgangen af en journal, hvor patienten havde ustabil diabetes, var der en usikker praksis vedr. registreringen af blodsuktermålingerne, idet ikke alle blodsukre var registreret i journalen.</p>
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden</u>		X		<p>I to ud af to stikprøver var vurdering af patienternes problemer eller risici mangelfuldt beskrevet eller slet ikke beskrevet.</p>

	<p><u>for de 12 sygeplejefaglige problemområder</u></p>			<p>Hos en patient med flere kroniske lidelser, som for nyligt havde været indlagt, var oplysninger om patienten ikke opdateret. Eksempelvis manglede beskrivelse af fraktur af ryghvirvel og tilhørende behandling med opioider. Patientens mobilitet var ligeledes ikke beskrevet.</p> <p>Derudover fremstod det fortsat som om, at patienten var i behandling mod forhøjet blodtryk samt kolesterol, selvom dette var seponeret på medicinskemaet. Det var ikke muligt at fremsøge yderligere dokumentation vedrørende dette.</p> <p>Hos en patient med diabetes manglede fyldestgørende beskrivelse af ernæringsudfordringer, patientens symptomer ved for højt eller lavt blodsukker, beskrivelse af ødemer og fodstatus. Desuden var der manglende beskrivelse af muskellidelse og hvordan denne kom til udtryk, samt manglende beskrivelse af astma og nedsat lungefunktion.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke redegøres fyldestgørende for ovenstående.</p>
4.	<p><u>Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser</u></p>		X	<p>I to ud af to stikprøver var der mangler i overblikket over sygdomme og funktionsnedsættelser:</p> <p>Eksempelvis manglede: Knoglebrud, svampelidelse, smerteproblematik, ødemer, demens og fyldestgørende beskrivelse af funktionsniveau. Derudover fremgik behandling af sygdomme, som ikke længere var aktuelle.</p>

5.	<u>Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger</u>		X		<p>I to ud to stikprøver var den aktuelle pleje, opfølgning på tilstande og evaluering af den iværksatte pleje og behandling ikke dokumenteret.</p> <p>Eksempelvis manglede: Opfølgning på ernæringsudfordringer, evaluering af behandling mod svamp, muskellidelse og smerteproblematik.</p> <p>Der var en usikker praksis for måling af blodsukre. Det var dermed ikke muligt at vurdere, om der var handlet adækvat på målingerne.</p> <p>Desuden manglede fyldestgørende beskrivelse af, hvilke aftaler der var med behandlingsansvarlig læge vedrørende behandling af diabetes, forhøjet blodtryk og kolesterol, behandling af ryghvirvelfraktur, behandling af svamp samt behandling af stærke smerter.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke redegøres fyldestgørende for ovenstående.</p>
----	---	--	---	--	--

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Interview om medicinhåndtering</u>	X			
7.	<u>Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister</u>		X		<p>I to ud to stikprøver manglede dokumentation af, hvem der havde administreret ikke-dispenserbar medicin, eksempelvis insulin og creme til behandling for svamp.</p> <p>I en stikprøve var det aktuelle handelsnavn ikke opdateret på et præparat.</p>

					Af medicinmodulet fremgik det, at der ikke var en praksis for at opdatere FMK dagligt, idet der for to patienter var "rød bjælke", hvilket betyder, at der var medicinændringer som skulle overføres til det lokale medicinkort – dato for markeringerne lå flere dage tilbage. Derudover fremgik der i oversigten to opdateringer i FMK på afdøde patienter, som ikke var fjernet.
8.	<u>Håndtering og opbevaring af medicin</u>		X		<p>I en stikprøve fremgik det af journalen, at der i to dage i august ikke havde været den ordinerede insulin til stede i beholdningen. Det fremgik ikke af journalen, hvordan der var handlet på dette i situationen. Ved tilsynet var den ordinerede insulin i beholdning.</p> <p>I en stikprøve manglede et pn præparat mod forstoppelse.</p> <p>I en stikprøve manglede anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter anbrud.</p>

## Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Interview om overgange i patientforløb</u>		X		<p>Der kunne ved tilsynet ikke gøres rede for, hvordan det blev sikret, at relevante oplysninger ved udskrivelse fra hospitalet blev journalført, vurderet og fulgt op på.</p> <p>I en stikprøve, hvor en patient for nyligt havde været indlagt, forelå der en udskrivelsesrapport fra sygehuset med relevante oplysninger om patientens sygdom og behandling – den sundhedsfaglige</p>

					dokumentation var ikke ført ajour med de relevante oplysninger.
--	--	--	--	--	---

## Øvrige fund

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

# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Helene Mariehjemmet er et selvejende plejehjem beliggende i Gribskov Kommune som er åbnet 1. februar 2024.
- Den øverste ledelse udgøres af bestyrelsen i den selvejende institution. Bestyrelsen ansætter en forstander til at varetage den daglige ledelse og drift af plejehjemmet. Stillingen som forstander er p.t. vakant, idet der er indgået en fratrædelsesordning med den hidtidige forstander den 26. august 2024. Det blev oplyst, at der havde været en stor personaleomsætning siden åbningen af plejehjemmet.
- Ved tilsynet blev den daglige ledelse varetaget af direktøren for Mariehjemmene med assistance af to forstandere fra andre Mariehjem.
- Plejehjemmet har boliger til 90 beboere. Plejehjemmet er opdelt i 6 bogrupper. Ved tilsynet var 4 af bogrupperne åbnet og der var indflyttet 55 borgere.
- Ledelse og medarbejdere oplyste at der var opstartet faste teams omkring hver bogruppe med samtidig etablering af faste kontaktpersoner fra 15. september 2024. Vejledende antal fremmøde i hver bogruppe: 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 til 3 medarbejdere hvor af 1 er social- og sundhedsassistent.
- Det er efter tilsynet oplyst, at der er ansat 4 sygeplejersker, 10 social- og sundhedsassistenter, 14 social- og sundhedshjælpere, 1 pædagog, 7 ufaglærte, 42 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 to 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 tre gange ugentligt møder på tværs af faggrupper, hvor de anvender triagering som metode.
- Der er tilknyttet plejhjemslæge til plejeenheden, som kommer i plejeenheden en gang ugentlig.
- Plejehjemmet anvender Nexus FS 2 som journalsystem.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en række artikler i dagspressen i august 2024. Derudover havde vi i juli 2024 modtaget to bekymringshenvendelser, hvor vi efter anmodning modtog en fyldestgørende redegørelse fra daværende forstander.

## 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 to patienter.

Ved tilsynet deltog:

- Ulla Agerskov, direktør for Mariehjemmene
- Gitte Rud, forstander for Ellen Mariehjemmet
- Susi Lysholm, forstander for Louise Mariehjemmet
- En social-og sundhedsassistent og en sygeplejerske

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Ulla Agerskov, direktør for Mariehjemmene
- Gitte Rud, forstander for Ellen Mariehjemmet
- Susi Lysholm, forstander for Louise Mariehjemmet

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, 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](#)
- [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) Smarter 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. 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 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](#)

## 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 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](#)

## 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.
- Aktuell 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 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