

---

# Tilsynsrapport

## Plejehjem Solbjerghaven

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

**Plejehjem Solbjerghaven**  
**Solbjerghaven 6**  
**3500 Værløse**

**CVR- nummer:** 29188327 **P-nummer:** 1007521207 **SOR-ID:** 1045881000016000

**Dato for tilsynsbesøget:** 22-08-2023

**Tilsynet blev foretaget af:** Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning  
**Sagsnr.:** 35-2011-13116



# 1. Vurdering

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget hørings svar fra behandlingsstedet, hvor i det beskrives, at der er udarbejdet en handleplan og iværksat flere målrettede indsatser såsom systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opdatering af den sundhedsfaglige dokumentation, undervisning samt ændrede arbejdsgange for medicin håndtering. Styrelsen har herudover modtaget bemærkninger til fund i et målepunkt, styrelsen har præciseret dette i rapporten.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat/planlagt tiltag med henblik på at rette op på den sundhedsfaglig vurdering og journalføring samt medicin håndtering. 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 **31. oktober 2023** givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk 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 **22-08-2023** vurderet, at der på **Plejhjem Solbjerghaven** er

### Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

#### Instrukser

Ved tilsynet konstaterede vi, at behandlingsstedet anvendte en fysisk instruksmappe, idet alle medarbejdere ikke var oplært i at tilgå Furesø kommunes instrukser elektronisk. Vi konstaterede ligeledes at mappen ikke var opdateret i forhold til Furesø Kommunes gældende instrukser. Det er vores vurdering, at mangel på

opdaterede instrukser og uens arbejdsgange til hvordan instrukser kan tilgås, udgør en risiko for patientsikkerheden, da det kan skabe usikkerhed om hvilke instrukser der er gældende, og kan medføre manglende ensartethed i varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver.

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i tilstrækkeligt og i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle problemstillinger og risici, sygdomme og funktionsnedsættelser, samt opfølgning på patienternes sygdomme. Der var flere aktuelle problemområder og risici, der ikke var fagligt vurderet, og personalet kunne i flere tilfælde ikke fyldestgørende redegøre for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse områder. Det er vores vurdering, at mangelfulde faglige vurderinger og beskrivelse, samt manglende opfølgning og evaluering af pleje og behandling, umiddelbart udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Manglerne i journalerne var gennemgående, og gav risiko for manglende observationer, utilstrækkelig pleje og behandling, og vi har vurderingen i særlig grad lagt vægt på, at manglende i dokumentation af en patients fald, indlæggelse og opfølgning efter indlæggelse, samt manglende kendskab til patientens behandlingsplaner udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden. Ligeledes har vi i særlig grad lagt vægt på, manglende efterlevelse af lægens vurdering af behandlings niveau. Det er vores vurdering at manglerne udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, da personalet ikke kan handle fagligt relevant og forsvarligt på de observationer, de foretager hos patienten.

Vi har lagt til grund, at de manglende beskrivelser af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger ikke udelukkende kan henføres til manglende journalføring, men også må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring, herunder en manglende sygeplejefaglige vurderinger og beskrivelser af patienternes aktuelle og potentielle problemer og fravær af 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**

Endvidere har vi ved vurderingen lagt vægt på, at de påviste medicinhåndteringsfejl var omfattende. Medicinfejlene relaterede sig blandt andet til, at det aktuelle handelsnavn ikke fremgik af medicinlisten, manglende anbrudsdato på ikke doserbar medicin, mangler i medicinbeholdningen af medicin ordineret til efter behov, medicin der var overskredet udløbsdato, løse halve tabletter i blister pakke, opbevaring af medicin der ikke var tydeligt adskilt fra andre beboers medicin. Fejlene vurderes umiddelbart at udgøre en større risiko for patientsikkerheden, idet nogle af fejlene omfattede risiko for fejlmedicinering og manglende efterlevelse af lægens ordination på medicin.

Der forelå en instruks for medicinhåndtering, men på baggrund af de mange medicinfund, konkludere vi at instruksen ikke tilstrækkelig implementeret.

### **Opsamling**

Det forhold, at de påviste mangler var gennemgående og vedrørte både instrukser, sygeplejefaglig vurdering og journalføring samt medicinbehandling betyder, at manglerne vurderes at have et stort omfang med konkret risiko for patientsikkerheden og vil kræve gennemgribende ændringer for at målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer derfor, at der er tale om kritiske 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 af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation</li></ul>
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand</li></ul>
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af pleje, behandling og kontrol hos patienter der har fået foretaget kirurgiske indgreb</li></ul>
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme</li></ul>
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling</li></ul>

9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinbeholdning og håndtering</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinbeholdning og håndtering, og at personalet følger denne</li></ul>
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke</li></ul>
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og håndtering</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet</li></ul>
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.</li></ul>

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1. <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		<p>Ledelsen oplyste, at der var foretaget en individuel vurdering af alle medarbejdere i forhold til ansvar og kompetencer, men der forelå endnu ikke tilgængelige beskrivelser heraf.</p> <p>Der var på behandlingsenheden en fysisk mappe med instrukser. Ledelsen redegjorde for, at ikke alle medarbejdere kunne anvende kommunens elektroniske instrukser, hvorfor instrukserne var at finde i papirform. Ledelsen redegjorde for, at instrukserne i instruksmappen blev ajourført, så snart der kom opdateringer eller nye instrukser, og at det var ledelsen der havde ansvaret for dette.</p> <p>Ved tilsynet konstaterede vi, at der i instruksmappen var både lokale instrukser og arbejdsgangsbeskrivelser samt i nogle tilfælde kommunale instrukser. Flere af instrukserne i mappen var fra 2017/2018 og ikke opdateret siden. Det blev ved tilsynet oplyst, at flere af de kommunale instrukser var at finde i en</p>

					<p>opdateret form på intranettet, men de var ved tilsynet ikke at finde i mappen. Det var således uklart for medarbejderne, hvilken intruks der var gældende på behandlingsenheden.</p> <p>Ved gennemgang af instruksmappen forelå der generelle lokale funktionsbeskrivelser/job profiler for de forskellige faggrupper samt ufaglærte. Disse var af ældre dato og der forelå ikke et opdateret eksemplar af Furesø Kommunes instruks for ansvar- og opgavefordeling. Der blev ved tilsynet redegjort for at denne var at finde elektronisk.</p>
--	--	--	--	--	---

## Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>	X			
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Ved journalgennemgang manglede der i to ud af to journaler både vurderinger af patientens aktuelle problemer og risici, ligesom det generelt ikke fremgik hvordan patienternes problemstillinger kom til udtryk. Problemområderne blev ikke systematisk opdateret ved ændringer i patienternes helbredstilstand.</p>



					<p>Eksempelvis forelå der ikke dokumentation for fald i slutningen af juli 2023 med efterfølgende indlæggelse to dage senere, hvor der blev konstateret brud.</p> <p>Manglerne i vurdering og beskrivelse af de 12 sygeplejefaglige problemområder relaterede sig eksempelvis til:</p> <p><b>Funktionsniveau</b> I en patient journal var funktionsniveau ikke opdateret. Det blev ved tilsynet oplyst, at patienten indenfor de seneste uger havde ændret funktionsniveau markant.</p> <p><b>Bevægeapparat</b> I to journaler var der mangler i den sygeplejefaglige vurdering af bevægeapparatet. Eksempelvis manglede beskrivelse af patients immobilitet grundet gigt, spids fod og føleforstyrrelser. I en anden journal var det beskrevet, at patienten anvendte rollator, men det blev ved tilsynet oplyst, at patienten var immobil og sengeliggende grundet nylig fraktur efter fald, hvilket ikke var beskrevet.</p> <p><b>Ernæring</b> Ved to ud af to journaler var der en manglende sygeplejefaglig vurdering af patienternes ernæringstilstand.</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>En patient havde haft et mindre vægttab, og det fremgik andet sted i journalen at patienten blev vejet en gang om måneden, og blev tilbudt mellemmåltider.</p> <p>I en anden patientjournal var problemområdet angivet som potentielt, men ved tilsynet blev oplyst, at patienten indtog minimal væske og stort set ingen ernæring.</p> <p><b>Hud og slimhinder</b> Det fremgik andre steder i en patient journalen, at patienten havde decubitus samt tegn på tryk. Der var forelå ikke en vurdering og beskrivelse af patientens tryk eller en sårplejeplan.</p> <p>Patienten var nyligt opereret, der forelå ikke en vurdering og beskrivelse af cicatrice før og efter fjernelse af agraffer.</p> <p><b>Psykosociale</b> I en journal hvor patienten var kendt med hukommelsesproblematik og uro, var dette problemområde ikke vurderet eller beskrevet hvordan det kom til udtryk.</p> <p>I en anden journal var patienten kendt med Alzheimer, der forelå ikke en vurdering af hvordan det kom til udtryk, herunder at patienten kunne blive udadreagerende.</p> <p><b>Respiration/cirkulation</b> Der forelå i en journal en generel beskrivelse af opmærksomhedspunkter ved hjerteinsufficiens og bivirkninger ved</p>
--	--	--	--	---

				<p>forebyggende behandling af blodpropper, men denne var ikke målrettet den aktuelle patient.</p> <p><b>Smerter/sanser</b> I en journal var patienten beskrevet med smerter, men det fremgik ikke hvor smerterne var lokaliseret eller om patienten var velbehandlet. Der var indenfor de seneste to uger, foretaget ændringer i patientens smertebehandling.</p> <p><b>Søvn/hvile</b> Ved en journal forelå der ikke en vurdering af patientens søvn og hvile. Det blev ved tilsynet oplyst, at patienten ind imellem sov uroligt ved behov for vandladning, som patienten ikke selv kunne gøre opmærksom på.</p> <p><b>Udskillelse</b> I to ud af to journaler var der manglende beskrivelse af afføringsmønster hos patienter med tendens til forstoppelse, herunder manglende beskrivelse af hvornår der var behov for P.N medicin. I den ene journal var patienten aktuelt i behandling med stærk smertestillende medicin.</p> <p>Ved tilsynet kunne der kun delvist redegøres for arbejdsgangen til vurdering af patientens aktuelle problemer og risici. Tillige kunne der kun delvist redegøres for de manglede oplysninger omkring patienternes aktuelle problemer og risici.</p>
--	--	--	--	--

4.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X		<p>Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation var oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser i to ud af to stikprøver mangelfulde og ikke opdaterede.</p> <p>Eksempelvis fremgik det ikke af oversigten, at patienten for nyligt havde haft hoftebrud. Det fremgik ikke, at patienten havde decubitus, samt at patienten var immobil.</p> <p>Ligesom det ikke fremgik af oversigten at patienten havde lav B12 vitamin og calcium.</p> <p>I den anden stikprøve fremgik patientens uro, forstoppelse og funktionsnedsættelse ikke.</p>
5.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X		<p>Der var gennemgående mangler i den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering.</p> <p>Manglerne relaterede til eksempelvis til:</p> <p>I en journal fremgik behandlingsniveau ikke. Ved gennemgang af korrespondancemeddelelser fremgik det, at egen læge havde taget stilling til minus genoplivning i marts 2023. Dette fremgik ikke på forsidebilledet af journalen i den sundhedsfaglige dokumentation, som var vanlig praksis for behandlingsstedet.</p> <p>På forespørgsel oplyste ledelsen, at de havde fravalgt, at ajourføre denne oplysning efter dialog med pårørende.</p>

					<p>Det blev ved tilsynet oplyst, at en patient ikke kunne indtage medicin (vitamin- og kalktilskud) per os, hvorfor medarbejderne gennem flere uger havde undladt at give patienten denne medicin. Medicinen fremgik af den aktuelle medicinliste og der var ikke taget kontakt til egen læge omkring eventuel pausering af disse præparater dette før på tilsynsdagen.</p> <p>I en journal var det ikke beskrevet, at patienten havde været faldet og pådraget sig fraktur. Ligesom der ikke var beskrevet opfølgning efter indlæggelse og operation. Det blev oplyst, at patienten efter indlæggelsen havde et meget svækket funktionsniveau og en svækket helbredstilstand. Det fremgik af observationsnotater, at patienten næsten intet indtog af ernæring eller væske, samt at patienten var sløjet af gennem de seneste tre uger.</p> <p>Det blev oplyst, at dele af personalet havde orienteret sig i udskrivningsnotater fra sygehuset, men relevante oplysninger var ikke overført til journalen til brug for den fremadrettede pleje og behandling. Eksempelvis var der i journalen ingen beskrivelse af cikatrice eller hvornår agraffer skulle fjernes. Det blev ved tilsynet oplyst, at agrafferne var fjernet, men det fremgik ikke af journalen.</p>
--	--	--	--	--	--

					Det fremgik af journalen, at patienten var cave morfin, og på forespørgsel blev det oplyst, at det fremgik af sygehuset udskrivningsrapport, at lægen havde vurderet, at patienten kunne tåle morfina, denne oplysning var ikke gjort tilgængelig i journalen, og der forelå ikke en sygeplejefaglig vurdering af patientens nuværende tilstand og smertebehandlingen.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	

## Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>		X		<p>Ved gennemgang af instruksmappen forelå en ældre instruks for fravalg af livsforlængende behandling der skulle have været revideret.</p> <p>Der forelå ikke et eksemplar af Furesø Kommunes opdaterede og aktuelle instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Der blev ved tilsynet redegjort for at denne var at finde elektronisk.</p> <p>Ved tilsynet kunne det konstateres at medarbejderne ikke fulgte instruks, se</p>

					beskrivelse i målepunkt 5 omkring manglende journalføring af lægelig beslutning om ingen livsforlængende behandling.
--	--	--	--	--	--

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		På baggrund af de fund der blev gjort i medicinhåndteringen, må det konkluderes at instruksen for medicinhåndtering ikke var tilstrækkelig implementeret.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I alle seks medicinbeholdninger var der præparater hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik. Eksempelvis stod der Corodil på medicinlisten mens der i beholdningen var Enalapril Teva. I en anden stikprøve stod der Gangiden på medicinlisten mens der i beholdning var Moxalole.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>		X		I en stikprøve manglede anbrudsdato på øjendråber. I en anden var der noteret anbrudsdato på øjendråber, men denne var overskredet. Patienten havde dog ikke fået øjendråberne efter den overskredne dato.  I tre stikprøver manglede den ordinerede medicin patients medicinbeholdning. Det drejede sig i alle tilfældene om et smertestillende præparat der kunne gives efter behov.

					<p>I tre stikprøver var holdbarhedsdatoen på patienternes medicin overskredet. Det drejede sig om Movicol der var udløbet december 2022, Klyx der var udløbet juli 2022 og Gangiden der var udløbet juni 2023.</p> <p>I en stikprøve lå 14 halve løse tabletter i en æske med blister pakninger.</p> <p>I en stikprøve var der på medicinlisten ordineret dulcolax suppositioner af 10 mg. I beholdningen fandtes både 5 mg og 10 mg.</p> <p>Behandlingsstedet opbevarede på hver afdeling, alle patienters kasser med laxantia ( Movicol, Moxalole og Gangiden) i et fælles køkkenskab. I et eksempel manglede der navn på kassen. Medicinen var således ikke adskilt.</p> <p>Ligeledes var dagens medicindoseringsposer og æsker for afdelingens patienter lagt i en fælles lille kurv i samme køkken skab hvorfra personalet skulle udlevere medicinen.</p> <p>I to journaler ud af to journaler hvor det var relevant. fremgik det ikke hvor patienterne havde fået placeret smertepaster. Det fremgik ved interview af ledelse og medarbejdere, at der ikke var en arbejdsgang for at dokumentere dette.</p>
--	--	--	--	--	---



## Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>	X			

## Hygiejne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>		X		Ved gennemgang af instruksmappen forelå en ældre hygiejne instruks fra Furesø Kommune. Det blev oplyst at hygiejne instruksen var opdateret på intranettet, men instruksen var ikke printet og lå ikke tilgængelig i instruksmappen for alle medarbejdere.

## Øvrige fund

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

# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Plejhjem Solbjerghaven er et plejhjem i Furesø Kommune med plads til 20 beboere fordelt på 2 bo enheder med plads til 10 beboere i hvert bofællesskab.
- Beboerne på plejhjemmet havde alle demens diagnoser
- Personalegruppen er en tværfagligt sammensat gruppe med vægt på faglige kompetencer indenfor pleje/omsorg, demens og beskæftigelse/sansestimulering
- Der er ansat en leder som var sygeplejerske og en teamkoordinator, der er plejhjemsassistent og har uddannelse som demensvejleder.
- Der er ansat 18 medarbejdere fordelt på 5 social- og sundhedsassistenter, 11 social- og sundhedshjælpere og sygehjælpere samt 2 ufaglærte som dækker vagter fordelt på døgnet. Desuden blev der benyttet eksterne vikarer, i perioder en del.
- Der er én nattevagt fast tilstede på Solbjerghave. Derud over var der lavet aftale om, at hjemmesygeplejen kigger ind flere gange i løbet af natten og kunne tilkaldes ved behov. Desuden kan det fælleskommunale akut-team SHS-teamet i kommunen benyttes ved behov.
- Der er mulighed for faglig vejledning fra demens vejleder i kommunen.
- Der er tilknyttet en fast plejhjemslæge, som tilser patienterne hver torsdag.
- Der er tilrettelagt tavlemøder hver tirsdag og torsdag fra 15.30-16.00 for vagtlagene DV og AV.
- Plejhjemmet Solbjerghaven anvender Nexus og FSIII.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn med fokus på blodfortyndende medicin den 20. april 2023.

Det udløste et påbud den 23. juni 2023 om:

- at sikre forsvarlig varetagelse af behandling af patienter, som får blodfortyndende medicin, fra den 23. juni 2023, herunder at sikre
  - at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
  - tilstrækkelig journalføring.

På baggrund af påbuddet på tilsynet med blodfortyndende medicin, gennemførte styrelsen et reaktivt sundhedsfagligt tilsyn samtidigt.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for pleje-område 2018-2022 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere

- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for seks patienter

Ved tilsynet deltog:

- Merete Kreiberg, leder af plejehjemmet
- Gitte Knudsen, teamkoordinator
- 2 social og sundhedsassistent
- En udviklingssygeplejerske fra Furesø Kommune

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Merete Kreiberg, leder af plejehjemmet
- Gitte Knudsen, teamkoordinator
- En udviklingssygeplejerske fra Furesø Kommune

Tilsynet blev foretaget af:

- Lone Teglbjærg, oversygeplejerske
- Helle Dorte Christiansen, oversygeplejerske
- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske

# 5. Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

### 1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Der er fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Vejlledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

## Journalføring

### 2. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har foretaget plejen og behandlingen
- notaterne er skrevet på dansk, frasat eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

### **3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i nødvendigt omfang:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

#### **4. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand. Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsuktermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)

#### **5. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

## **6. Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)**

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

## **Faglige fokuspunkter**

### **7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke**

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

## 8. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

## Medicinhåndtering

### 9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:



- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinbehandling
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
- Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
- Lavdosis methotrexat.
- Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)
- Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
- Gentamicin
- Digoxin

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [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](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)

## **10. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)

## 11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicin håndtering og korrekt opbevaring af medicinen.

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicin håndtering- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsken/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret 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 patienternes 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 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. unkladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)

## Patienters retsstilling

### 12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes informeret samtykke til behandling og hvordan det dokumenteres.

- Samtykke kompetence/handleevne:

Det skal fremgå af journalen, hvis patienten er vurderet til helt eller delvist ikke selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Det skal fremgå, hvem der kan samtykke på patientens vegne til pleje og behandling (stedfortrædende samtykke) i de tilfælde.

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- Informeret samtykke:

Det skal fremgå i nødvendigt omfang af journalen, hvad der er informeret om forud for opstart af ny behandling. Det skal altid fremgå, hvem der har givet samtykket til behandlingen.

Det gælder også, når behandlingsstedets personale iværksætter en behandling på baggrund af en ordination fra eller aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor behandlingsstedet er ansvarlige for at indhente og journalføre informeret samtykke til behandlingen.

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

## Hygiejne

### 13. Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

## Øvrige fund

### 14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

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

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

## Baggrund

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

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

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

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213.

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

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 5.

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

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

## Tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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