

Venlig hilsen

**Mia Karlqvist**  
Juridisk Specialkonsulent

Styrelsen for Patientsikkerhed  
Sundhedsjura  
T +45 7228 6600  
[stps@stps.dk](mailto:stps@stps.dk)

Vi behandler dine personoplysninger. Du kan læse mere [her](#)





Attendo Helsingør  
Moselundsvej 3, 1 3  
3000 Helsingør

11. december 2023  
Sagsnr.: 35-2011-13381  
Reference: MSKM  
Tlf.nr: 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

## **Afgørelse om påbud til Attendo, Helsingør**

Styrelsen for Patientsikkerhed har nu truffet endelig afgørelse efter tilsynsbesøget den 5. september 2023.

Vi har den 13. november 2023 partshørt jer over et udkast til afgørelse om påbud efter sundhedslovens § 215 b, stk. 1.

I har den 1. december 2023 sendt os jeres bemærkninger, som er inddraget i tilsynsrapporten og afgørelsen.

Afgørelsen, den endelige tilsynsrapport og resuméet af påbuddet er vedlagt. Det er resuméet, I har pligt til at offentliggøre sammen med tilsynsrapporten.

## **Venlig hilsen**

Mia Karlqvist  
Juridisk Specialkonsulent

**Styrelsen for  
Patientsikkerhed**  
Sundhedsjura

Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf.nr: +45 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

[www.stps.dk](http://www.stps.dk)

Attendo Helsingør  
Moselundsvej 3, 1 3  
3000 Helsingør



11. december 2023  
Sagsnr.: 35-2011-13381  
Reference: MSKM  
Tlf.nr: 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

## AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 5. september 2023 et påbud til Attendo Helsingør om:

1. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks herom, fra den 11. december 2023.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige patienter i aktuel behandling, fra den 11. december 2023.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring fra den 11. december 2023.
4. at sikre udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling fra den 11. december 2023.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. sundhedsloven § 272, stk. 1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

### Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 5. september 2023 et varslet, reaktivt tilsyn hos Attendo Helsingør. Baggrunden for tilsynet var en bekymring for patientsikkerheden på stedet begrundet i tilsyn på andre af Attendos behandlingssteder.

Attendo Helsingør er et friplejehjem med plads til 58 beboere. På tilsynsdagen var tre afdelinger åbne med i alt 25 beboere. Der var ansat 37 medarbejdere fordelt på faggrupperne sygeplejerske, social- og

**Styrelsen for  
Patientsikkerhed**  
Sundhedsjura

Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf.nr: +45 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

www.stps.dk

sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, terapeut og ufaglærte. Der var på tilsynsdagen ingen vakante stillinger.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for plejeområdet 2023. Målepunkterne er udtryk for de minimumskrav, som styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Attendo Helsingør for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Ved tilsynet blev der gennemgået tre journaler og foretaget tre medicingennemgange.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Attendo Helsingør har den 1. december 2023 afgivet hørings svar indeholdende faktuelle forhold samt en handleplan.

Styrelsen anerkender, at Attendo Helsingør har iværksat tiltag med henblik på at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning, tilstrækkelig journalføring samt udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagende på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Det skal hertil bemærkes, at behandlingsstedet i sit hørings svar har haft bemærkninger til de anførte fund og krav i tilsynsrapporten. Styrelsen finder ikke, at hørings svaret giver anledning til en ændret vurdering af forholdene på stedet.

## **Begrundelse**

### Medicin håndtering



Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicinbeholdningen på behandlingsstedet.

#### *Medicinbeholdning og dispensering af medicin*

Ved gennemgang af medicinbeholdningen konstaterede styrelsen, at der i en af stikprøverne manglede ernæringstilskud.

Det fremgår af Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af medicin", 2023, at al den medicin, patienten er i behandling med, skal være i patientens medicinbeholdning.

Desuden konstaterede styrelsen, at der i en af stikprøverne var uoverensstemmelse i den dispenserede medicin, der manglede to tabletter i seks æsker, hvor det ene præparat var antiepileptisk medicin, derudover manglede der en tablet i en æske til aften. Desuden var der en æske, hvor der var en tablet for meget.

Det fremgår af punkt 2.6.1 i lægemiddelhåndteringsvejledningen, at den medhjælper, der dispenserer et lægemiddel, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen. Medhjælperen skal sige fra ved mistanke om fejl eller andre misforståelser, og hvis en medhjælper er i tvivl om en lægemiddelordination, skal medhjælperen ikke administrere lægemidlet til patienten, men i stedet tage kontakt til sin nærmeste leder og eventuelt lægen med henblik på en afklaring. En medhjælper må aldrig foretage ændringer af en ordination, medmindre det sker efter aftale med en læge.

Det fremgår videre af pjecen "Korrekt håndtering af medicin", 2023, at det i forbindelse med administration af medicin skal kontrolleres, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne eller dosisposerne.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for forkert eller mangelfuld medicinering, hvis al den medicin, der er ordineret til patienten ikke findes i patientens beholdning, og når ordinationer ikke følges, herunder når det dispenserede ikke stemmer overens med ordinationen eller angivelsen på medicinlisten.

### *Instruks for medicinhåndtering*

På baggrund af de fejl og mangler styrelsen konstaterede under tilsynet lægger styrelsen til grund, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret på behandlingsstedet.

Det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser, at instrukser sikrer klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen på behandlingsstedet og har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Det er ledelsens ansvar, at der foreligger de nødvendige instrukser, ligesom ledelsen har ansvar for, at instruksen er kendt af personalet og for at påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med instruksen.

Det er styrelsens vurdering, at den manglende implementering af instruks for medicinhåndtering rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden.

### *Samlet vurdering af medicinhåndteringen*

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af Medicin", 2023, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicinhåndtering sker på forsvarlig vis.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at fejl og mangler i medicinhåndteringen generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

### Sygeplejefaglige vurderinger

Det følger af vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.2., at det skal journalføres, hvis en patient har aktuelle eller potentielle problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, når det har betydning for patientens tilstand/situation og fortsatte pleje og behandling. Vurderingen heraf kan foretages af en

sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og andet personale med de fornødne kompetencer, som løser sundhedsfaglige opgaver.

For hvert af de identificerede problemer og risici skal planlægning, udført pleje, behandling og opnåede resultater journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder skal revurderes, når det er nødvendigt, fx hvis patientens tilstand ændres, og revurderingen skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen.

De 12 sygeplejefaglige områder er:

1. Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
2. Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
3. Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
4. Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
5. Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
6. Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
7. Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
8. Seksualitet, køn og kropsoptagelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
9. Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønstre, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
10. Søvn og hvile, fx søvnmønstre, varighed af søvn, træthed, energi.
11. Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
12. Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønstre, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønstre.

På behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med

ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes, revurderes og opdateres, når det er relevant.

Under tilsynet konstaterede styrelsen, at der i alle tre stikprøver var mangelfulde beskrivelser og vurderinger af patienternes aktuelle problemer og risici. For eksempel fremgik det ikke af journalen, at der var foretaget en vurdering af fald, hud og slimhinder eller respiration og cirkulation hos patienter i blodfortyndende behandling, eller at der var foretaget en vurdering af ernæring hos patienter med vægttab, som var småtspisende og med behov for ernæringstilskud. Desuden var der ikke en vurdering eller beskrivelse af, hvordan en patients lungesygdom kom til udtryk.

Desuden konstaterede styrelsen, at det af en af journalerne fremgik, at patienten var i blodfortyndende behandling, men dette var ikke korrekt.

Styrelsen konstaterede herudover, at der var mangelfulde opfølgninger og evalueringer på patienternes problemområder i alle tre stikprøver. For en patient i behandling for forstoppelse blev der dokumenteret hyppighed for udskillelse, men der var ikke et mål for hyppighed og sidste notat var syv dage gammelt, uden at der var fulgt op herpå. For en anden patient, som var sorttalende og konfus var der taget en urinstix, hvor resultatet kunne være tegn på infektion, der var ikke fulgt op med lægekontakt. Samme patient var desuden i behandling for epilepsi og depression, og der var ikke fulgt op på effekten af den iværksatte behandling. Desuden var der hos en patient ikke fulgt op på eller evalueret på ernæringstilstand. Patienten havde haft et stort vægttab og fået ordineret ernæringstilskud og blev vejret gange en månedligt.

Personalet kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøre for, at der blev foretaget ovennævnte vurderinger samt fulgt op og evalueret herpå. Styrelsen har derfor lagt til grund, at der ikke blev foretaget de nødvendige vurderinger, samt at der ikke blev fulgt op og evalueret på den iværksatte pleje og behandling.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients

sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes.

Det er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurdering af relevante sygeplejefaglige problemområder og dokumentation heraf også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem og deraf afledt manglende relevant pleje og behandling af patienten eller forsinkelse heraf.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

### Journalføring

Ved tilsynsbesøget den 5. september 2023 kunne styrelsen konstatere, at der på Attendo Helsingør ikke blev ført journal i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) og vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring.

Det fremgår blandt andet af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at ledelsen på et behandlingssted har ansvaret for at sikre, at personale, som handler på ansvar af en autoriseret sundhedsperson, har de fornødne kompetencer og er tilstrækkeligt instrueret i at føre journal over den udførte sundhedsfaglige virksomhed.

Det fremgår af vejledningen at enhver autoriseret sundhedsperson og andre personer, der udfører sygeplejefaglige opgaver, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed foretager pleje og behandling af en patient. Det fremgår også, hvad der skal og kan være nødvendigt at journalføre, når der er tale om sygeplejefaglig behandling og pleje.

### *Systematisk og overskuelig journal*



Styrelsen konstaterede under tilsynet, at det i alle tre stikprøver var forskelligt hvordan oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser blev ført. Dette var ligeledes gældende for aftale med behandlingsansvarlig læge.

Desuden blev det konstateret, at skriftsproget i en af stikprøverne var på svensk. Personalet oplyste, at dette var gældende for flere af stedets pc'er, og at det umiddelbart ikke havde været muligt at ændre.

Ifølge vejledning om sygeplejefaglig journalføring skal journalen give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for sygepleje, så det sygeplejefaglige personale er i stand til at sætte sig ind i patientens tilstand. Journalføringen skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten.

Styrelsen kan videre oplyse, at der fremgår af journalføringsbekendtgørelsens § 10, at journalen skal føres på dansk.

Det er styrelsens opfattelse, at journalen skal give et systematisk og fyldestgørende overblik over patientens tilstand, så også personale, der ikke normalt varetager den enkelte patients behandling og pleje, har mulighed for at varetage plejen forsvarligt, ligesom det er nødvendigt for at understøtte kommunikationen med samarbejdspartnere.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, da dette danner grundlaget for tilrettelæggelsen og udførelsen af den fortsatte sygeplejefaglige behandling og pleje.

#### *Informeret samtykke*

Styrelsen konstaterede under tilsynsbesøget, at behandlingsstedet ikke konsekvent skrev i journalen, at der var givet informeret samtykke, men det blev oplyst, at der blev indhentet samtykke.

Det fremgår af § 17, stk. 1, i journalføringsbekendtgørelsen, at det i nødvendigt omfang skal fremgå af patientjournalen hvilken mundtlig og

eventuel skriftlig information, der er givet til patienten eller den, der kan give samtykke på patientens vegne. Desuden skal samtykke til eller fravalget af behandlingen fremgå af journalen.

Det er styrelsens vurdering, at den utilstrækkelige journalføring af indhentelse af informeret samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke fremgår klart af journalen, og at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

#### *Samlet vurdering vedr. journalføring*

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

#### Instrukser

Det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser, at instrukser er et nødvendigt arbejdsredskab til styrkelse af patientsikkerhed. Det skal overvejes, om der er et behov for instrukser, ved:

- procedurer hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patient eller personale
- procedurer hvor ansvars- og kompetenceforholdet ikke er naturligt afgrænset mellem de involverede sundhedspersoner
- procedurer, som ikke kan forventes at være alment kendt eller afviger væsentligt fra, hvad der anvendes på andre tilsvarende afdelinger

Med procedurer menes de patientrelaterede arbejdsgange og -processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje.

Instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Instrukser sikrer således klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen for den sundhedsfaglige behandling mellem alle ansatte personalegrupper, og hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et behandlingssted som Attendo Helsingør skal være instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Styrelsen konstaterede, at der forelå en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, men den var ikke fyldestgørende, idet der ikke var beskrevet ansvars- og kompetenceforhold samt opgavefordeling for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter mv.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et sted som Attendo Helsingør skal være klarhed over opgavefordelingen og tydelighed i ansvarsfordelingen, særligt når opgaver varetages af flere forskellige personalegrupper, ligesom det er en nødvendig forudsætning for sikring af en forsvarlig varetagelse af borgeren på stedet, at der er en klar og skriftlig instruks for ansvars- opgave- og kompetenceforhold og at instruksen er implementeret hos det relevante personale.

Om vurderingen af de konkrete fund vedrørende instruks for medicinhåndtering henvises til punktet ovenfor om medicinhåndtering.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et sted som Attendo Helsingør skal være ovennævnte instrukser, og at disse skal være fyldestgørende og implementeret på stedet, for at sikre patientsikkerheden tilstrækkeligt.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af tilstrækkelige instrukser inden for de nævnte områder eller utilstrækkelig implementering heraf rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.



Styrelsen finder desuden anledning til at oplyse, at ledelsen – ud over udarbejdelse af instrukser – også har ansvaret for:

- at instrukserne er kendt af personalet
- at instrukserne har en sådan udformning, omfang og placering, at de er anvendelige i det daglige arbejde
- at nyansatte og vikarer introduceres til afdelingens instrukser
- at påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser

Styrelsen skal i øvrigt henlede opmærksomheden på, at der stilles visse formelle krav til instrukserne. Det er således et krav, at instrukserne løbende opdateres, at instruksen indeholder dato for ikrafttrædelse og for seneste ajourføring, og at instruksen angiver, hvem der har udarbejdet instruksens, jf. de principper der fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser.

#### Samlet vurdering

Styrelsen vurderer, at de konstaterede mangler i relation til medicin håndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger, journalføring og udarbejdelse og implementering af visse sundhedsfaglige instrukser samlet set udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

#### **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre et resumé af påbuddet på styrelsens hjemmeside og på sundhed.dk. Det følger af sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt.

Det enkelte behandlingssted skal også offentliggøre resuméet af påbuddet og tilsynsrapporten på behandlingsstedets egen hjemmeside samt gøre resumé og tilsynsrapport umiddelbart tilgængelige på selve behandlingsstedet. Det følger af § 2 i bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016 om offentliggørelse af påbud givet som led i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med sygehuse, klinikker og andre behandlingssteder og § 27 i bekendtgørelse nr. 2031 af 10. november 2021 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder mv.



Styrelsen gør i øvrigt opmærksom på, at nogle tilsynsrapporter også skal offentliggøres på plejhjemoversigten.dk. Der henvises til bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejhjemoversigten. Det er kommunalbestyrelser, jf. § 4 i bekendtgørelsen, og private tilbud, jf. § 5 i bekendtgørelsen, der løbende skal indberette oplysninger til plejhjemoversigten om nye tilbud eller ændringer i allerede eksisterende tilbud omfattet af plejhjemoversigten.dk.

### **Klagevejledning**

Der kan ikke klages over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til nogen anden administrativ myndighed, jf. sundhedsloven § 215 b, stk. 2.

Med venlig hilsen

Mia Karlqvist  
Juridisk Specialkonsulent

Sarah Imola Sommer  
Sygeplejerske

### **Lovgrundlag**

Lovbekendtgørelse nr. 1011 af 17. juni 2023 om sundhedsloven

**§ 213.** Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

**§ 213 b.** Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter tilsynsbesøg udført efter § 213, stk. 1 og 2, og en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynet efter § 213, stk. 2.

**§ 215 b.** Hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted omfattet af tilsyn efter § 213, stk. 1 eller 2, kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.



Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør afgørelser truffet efter stk. 1.

**§ 272.** Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 202 a, stk. 1-4, § 202 b, stk.1, eller § 213 a, stk. 1, 2 pkt., § 213 c, stk. 1, eller § 215 b, stk. 1, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af § 220, stk. 2, 3 og 7.

## Resumé til offentliggørelse

### **Attendo Helsingør**

*Styrelsen for Patientsikkerhed har den 11. december 2023 givet påbud til Attendo Helsingør om at sikre forsvarlig medicinhåndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger, tilstrækkelig journalføring og udarbejdelse og implementering af visse sundhedsfaglige instrukser.*

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Attendo Helsingør:

1. at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruks herom, fra den 11. december 2023.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige patienter i aktuel behandling, fra den 11. december 2023.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring fra den 11. december 2023.
4. at sikre udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling fra den 11. december 2023.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

### **Baggrund**

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 5. september 2023 et varslet, reaktivt tilsyn hos Attendo Helsingør. Baggrunden for tilsynet var en bekymring for patientsikkerheden på stedet begrundet i tilsyn på andre af Attendos behandlingssteder.

Attendo Helsingør er et friplejehjem med plads til 58 beboer. På tilsynsdagen var tre afdelinger åbne med i alt 25 beboer. Der var ansat 37 medarbejdere fordelt på faggrupperne sygeplejerske, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, terapeut og ufaglærte. Der var på tilsynsdagen ingen vakante stillinger.

Ved tilsynet blev der gennemgået tre journaler og foretaget tre medicingennemgange. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Desuden er behandlingsstedets høringsvar af den 1. december 2023 inddraget i afgørelsen.

### **Begrundelse for påbuddet**

#### Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicinhåndteringen på behandlingsstedet.

#### *Medicinbeholdning og dispensering af medicin*

Ved gennemgang af medicinbeholdningen konstaterede styrelsen, at der i en af stikprøverne manglede ernæringstilskud.

Desuden konstaterede styrelsen, at der i en af stikprøverne var uoverensstemmelse i den dispenserede medicin, der manglede to tabletter i seks æsker, hvor det ene præparat var antiepileptisk medicin, derudover manglede der en tablet i en æske til aften. Desuden var der en æske, hvor der var en tablet for meget.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for forkert eller mangelfuld medicinering, hvis al den medicin, der er ordineret til patienten ikke findes i patientens beholdning, og når ordinationer ikke følges, herunder når det dispenserede ikke stemmer overens med ordinationen eller angivelsen på medicinlisten.

#### *Instruks for medicinhåndtering*

På baggrund af de fejl og mangler styrelsen konstaterede under tilsynet lægger styrelsen til grund, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret på behandlingsstedet.

Det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser, at instrukser sikrer klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen på behandlingsstedet og har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

#### *Samlet vurdering af medicinhåndteringen*

Styrelsen vurderer, at fundene under tilsynet er udtryk for manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af

Medicin”, 2023, hvilket udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicinbehandling sker på forsvarlig vis.

### Sygeplejefaglige vurderinger

Styrelsen henviste til vejledning om sygeplejefaglig journalføring, pkt. 5.2., om de 12 sygeplejefaglige problemområder, samt oplyste at på behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes, revurderes og opdateres, når det er relevant.”

Under tilsynet konstaterede styrelsen, at der i alle tre stikprøver var mangelfulde beskrivelser og vurderinger af patienternes aktuelle problemer og risici. For eksempel fremgik det ikke af journalen, at der var foretaget en vurdering af fald, hud og slimhinder eller respiration og cirkulation hos patienter i blodfortyndende behandling, eller at der var foretaget en vurdering af ernæring hos patienter med vægttab, som var småtspisende og med behov for ernæringstilskud. Desuden var der ikke en vurdering eller beskrivelse af, hvordan en patients lungesygdom kom til udtryk.

Desuden konstaterede styrelsen, at det af en af journalerne fremgik, at patienten var i blodfortyndende behandling, men dette var ikke korrekt.

Styrelsen konstaterede herudover, at der var mangelfulde opfølgninger og evalueringer på patienternes problemområder i alle tre stikprøver. For en patient i behandling for forstoppelse blev der dokumenteret hyppighed for udskillelse, men der var ikke et mål for hyppighed og sidste notat var syv dage gammelt, uden at der var fulgt op herpå. For en anden patient, som var sorttalende og konfus var der taget en urinstix, hvor resultatet kunne være tegn på infektion, der var ikke fulgt op med lægekontakt. Samme patient var desuden i behandling for epilepsi og depression, og der var ikke fulgt op på effekten af den iværksatte behandling. Desuden var der hos en patient ikke fulgt op på eller evalueret på ernæringstilstand. Patienten havde haft et stort vægttab og fået ordineret ernæringstilskud og blev vejret gange en månedligt.



Personalet kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøre for, at der blev foretaget ovennævnte vurderinger samt fulgt op og evalueret herpå. Styrelsen har derfor lagt til grund, at der ikke blev foretaget de nødvendige vurderinger, samt at der ikke blev fulgt op og evalueret på den iværksatte pleje og behandling.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes.

Det er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurdering af relevante sygeplejefaglige problemområder og dokumentation heraf også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem og deraf afledt manglende relevant pleje og behandling af patienten eller forsinkelse heraf.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

#### Journalføring

Ved tilsynsbesøget den 5. september 2023 kunne styrelsen konstatere, at der på Attendo Helsingør ikke blev ført journal i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) og vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring.

#### *Systematisk og overskuelig journal*

Styrelsen konstaterede under tilsynet, at det i alle tre stikprøver var forskelligt hvordan oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser blev ført. Dette var ligeledes gældende for aftale med behandlingsansvarlig læge.

Desuden blev det konstateret, at skriftsproget i en af stikprøverne var på svensk. Personalet oplyste, at dette var gældende for flere af stedets pc'er, og at det umiddelbart ikke havde været muligt at ændre.

Det er styrelsens opfattelse, at journalen skal give et systematisk og fyldestgørende overblik over patientens tilstand, så også personale, der ikke normalt varetager den enkelte patients behandling og pleje, har mulighed for at varetage plejen forsvarligt, ligesom det er nødvendigt for at understøtte kommunikationen med samarbejdspartnere.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, da dette danner grundlaget for tilrettelæggelsen og udførelsen af den fortsatte sygeplejefaglige behandling og pleje.

#### *Informeret samtykke*

Styrelsen konstaterede under tilsynsbesøget, at behandlingsstedet ikke konsekvent skrev i journalen, at der var givet informeret samtykke, men det blev oplyst, at der blev indhentet samtykke.

Det er styrelsens vurdering, at den utilstrækkelige journalføring af indhentelse af informeret samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke fremgår klart af journalen, og at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

#### *Samlet vurdering vedr. journalføring*

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

#### Instrukser

Styrelsen henviste til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser og oplyste, at instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten. Instrukser sikrer således klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen for den sundhedsfaglige behandling mellem alle ansatte personalegrupper, og hvilke procedurer personalet skal



følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et behandlingssted som Attendo Helsingør skal være instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.

Styrelsen konstaterede, at der forelå en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, men den var ikke fyldestgørende, idet der ikke var beskrevet ansvars- og kompetenceforhold samt opgavefordeling for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter mv.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et sted som Attendo Helsingør skal være klarhed over opgavefordelingen og tydelighed i ansvarsfordelingen, særligt når opgaver varetages af flere forskellige personalegrupper, ligesom det er en nødvendig forudsætning for sikring af en forsvarlig varetagelse af beboerne på stedet, at der er en klar og skriftlig instruks for ansvars- opgave- og kompetenceforhold og at instruksen er implementeret hos det relevante personale.

Om vurderingen af de konkrete fund vedrørende instruks for medicinhåndtering henvises til punktet ovenfor om medicinhåndtering.

Det er styrelsens opfattelse, at der på et sted som Attendo Helsingør skal være ovennævnte instrukser, og at disse skal være fyldestgørende og implementeret på stedet, for at sikre patientsikkerheden tilstrækkeligt.

Det er styrelsens vurdering, at fraværet af tilstrækkelige instrukser inden for de nævnte områder eller utilstrækkelig implementering heraf rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

### **Samlet vurdering**

Styrelsen vurderer, at de konstaterede mangler i relation til medicinhåndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger, journalføring og udarbejdelse og implementering af visse

sundhedsfaglige instrukser samlet set udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.



---

# Tilsynsrapport

## Attendo Helsingør

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

**Attendo Helsingør**  
**Moselundsvej 3 1 3**  
**3000 Helsingør**

**CVR- nummer:** 19564479 **P-nummer:** 1028414729 **SOR-ID:** 1268641000016003

**Dato for tilsynsbesøget:** 05-09-2023

**Tilsynet blev foretaget af:** Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning  
**Sagsnr.:** 35-2011-13381



# 1. Vurdering

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til høringsudkastet til afgørelse om påbud og tilsynsrapport, herunder til de faktuelle forhold samt en handleplan.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at sikre forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruks, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning, tilstrækkelig journalføring samt udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Vi har derfor den **11. december 2023** givet behandlingsstedet påbud om 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 **05-09-2023** vurderet, at der på **Attendo Helsingør** er

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

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

### **Instrukser**

Ved tilsynet konstaterede vi, at behandlingsstedet ikke havde en instruks for alle medarbejderes ansvars- og kompetenceforhold samt opgavefordeling. Det er vores vurdering, at mangel på fyldestgørende instrukser, udgør en risiko for patientsikkerheden, da det kan skabe usikkerhed om hvilke ansvar- og kompetenceforhold den enkelte medarbejder har samt tvivl om opgavefordeling.

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at journalerne ikke i alle tilfælde blev ført entydig, idet skriftsproget på flere pc'er var svensk. Der var ligeledes manglende systematik i, hvor eksempelvis sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlige læger blev noteret, hvilket gjorde det vanskeligt at finde relevante oplysning.

Styrelsen har ligeledes ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i tilstrækkeligt og i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle problemstillinger og risici, samt manglende opfølgning på patienternes sygdomme. Der var flere aktuelle problemområder og risici, der ikke var fagligt vurderet. 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 i vurderingen i særlig grad lagt vægt på, at manglende dokumentation af pleje og behandling samt risici hos patienter i AK-behandling udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

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**

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at vi ved tilsynet gjorde fund i medicinhåndteringen, idet der var fejl i den praktiske medicinhåndtering. Vi har på denne baggrund ligeledes vurderet, at fundene i den praktiske medicinhåndtering, er et udtryk for mangelfuld implementering af instruks for medicinhåndtering.

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

Det er vores vurdering, at mangel på sikre procedurer, manglende implementering af instrukser og fravigelse af sikker kontrol fx af medicindispensering, udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

### **Patienters retsstilling**

Der var flere eksempler på, at behandlingsstedet ikke systematisk dokumenterede, at patienten havde givet et informeret samtykke til pleje og behandling.

### **Opsamling**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for journalføring og kræver målrettet arbejde med systematisk journalføring, inden målepunkterne kan opfyldes.

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



## 2. Krav

### Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview 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>
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt</li> </ul>
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<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>
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<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>
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og håndtering	<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 er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser</li> </ul>

12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling</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>Ved gennemgang af instruksen fremgik det, at ansvars- og kompetenceforhold samt opgavefordeling kun var beskrevet for social og sundhedshjælpere og ikke for andre ansatte, herunder sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter mv.</p> <p>På instruksen fremgik en tidligere medarbejder fra Attendo Danmark, som ansvarlig for instruksen, trods instruksen var angivet som gældende fra et senere tidspunkt end der hvor medarbejderen var ansat.</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		<p>I alle tre stikprøver var det forskelligt, hvordan oversigten og sygdomme og funktionsnedsættelser var ført – det var ligeledes tilfældet med aftaler med behandlingsansvarlige læger.</p> <p>I en stikprøve var skriftsproget i journalen svensk – det blev oplyst, at det var gældende for flere af plejehjemmets pc'er – som</p>

					blev leveret fra Attendo Sverige og det havde ikke været muligt at ændre skriftsprog.
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I alle tre stikprøver var vurderinger og beskrivelser af patienternes aktuelle problemområder mangelfulde ligesom relevante risici ikke i alle tilfælde var vurderet - i flere tilfælde var tilstanden "lukket" selvom patienten havde symptomer indenfor problemområdet. Eksempelvis var følgende ikke vurderet og beskrevet:</p> <p>Mobilitet og bevægelse hos patienter i AK-behandling - der var ikke foretaget en relevant vurdering af risiko for fald.</p> <p>Ernæring hos patienter med vægttab, småspisende og behov for ernæringstilskud.</p> <p>Hud og slimhinder hos patienter i AK-behandling.</p> <p>Respiration og cirkulation hos patienter i AK-behandling, hvor blødningsrisiko mv ikke var vurderet eller beskrevet. Det fremgik endvidere ikke, hvordan patientens sygdomsindsigt var, i forhold til samarbejdet omkring behandlingen.</p> <p>Hos en patient var det beskrevet, at patienten var i AK-behandling og heraf vurderinger svarende til det, hvilket patienten ikke var - notatet var indført på tilsynsdagen.</p>

					<p>Hos en patient med lungesygdom var det ikke beskrevet, hvordan det kom til udtryk.</p> <p>Der kunne ved tilsynet, delvist redegøres for de mangelfulde vurderinger. Det er tilsynets vurdering, at de konstaterede mangler, ikke alene er et udtryk for mangelfuld journalføring, men også et udtryk for mangelfuld vurdering og identifikation af patienternes problemer og risici.</p>
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I alle tre stikprøver manglede der opfølgning/evauering på den iværksatte pleje og behandling.        Det drejede sig eksempelvis om:</p> <p>I en stikprøve, hvor patienten var i behandling for forstoppelse blev hyppighed af udskillelser noteret i journalen – der var ikke et mål for hyppighed og sidste notat var fra 7 dage siden uden, at der var foretaget en vurdering/opfølgning heraf.</p> <p>I en stikprøve, hvor patienten var konfus og sorttalende var der taget en urinstix, hvor resultatet kunne være tegn på infektion – der var ikke taget kontakt til læge eller fulgt op på anden vis.</p>

					<p>I samme stikprøve var patienten i behandling for epilepsi og depression - det fremgik ikke hvorvidt behandlingen havde haft effekt.</p> <p>I en stikprøve var der ikke fulgt op eller evalueret på patientens ernæringstilstand – patienten havde haft et stort vægttab og fået ordineret et ernæringstilskud og blev vejet x 1 månedligt.</p> <p>Der kunne ved tilsynet delvist redegøres for den mangelfulde journalføring. Det er tilsynets vurdering, at de konstaterede mangler, ikke alene er et udtryk for mangelfuld journalføring, men også et udtryk for mangelfuld opfølgning og evaluering på patienternes problemer og risici, hvilket til dels kan tilskrives de mangelfulde vurderinger.</p>
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			

## Medicinhandling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>		X		Henset til de fund vi konstaterede i den praktiske medicinhandling, vurderer vi at instruks for medicinhandling er mangelfuldt implementeret blandt medarbejderne.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		I en stikprøve manglede ordineret ernæringstilskud i medicinbeholdningen.  I en stikprøve, var der uoverensstemmelse i det dispenserede medicin, der manglede to tabletter i 6 æsker, hvor det ene præparat var antiepileptisk medicin, derudover manglede 1 tablet i en æske til aften. I en æske, hvor der var 1 tablet for meget.

## Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I to ud af tre stikprøver var patientens informerede samtykke til pleje og behandling ikke dokumenteret. Det blev ved tilsynet oplyst, at samtykket var indhentet, men ikke dokumenteret. I en stikprøve, var det angivet at patienten var delvist habil,

					men var reelt i stand til at give et informeret samtykke.
--	--	--	--	--	---

## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	X			

## 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

- Attendo Esrumvej er et friplejehjem beliggende i Helsingør Kommune – plejehjemmet åbnede i januar 2023.
- Attendo Esrumvej er en del af Attendo A/S og bliver ledet af virksomhedschef Louise Nielsen og afdelingsleder Kristine Jensen.
- Attendo Esrumvej har 6 afdelinger med i alt 58 boliger. På tilsynsdagen var tre afdelinger åbnet med i alt 25 boliger – en afdeling med 7 beboere og en afdeling med 18 beboere. Personalet var fast tilknyttet en af afdelingerne. Målgruppen er borgere visiteret til en plejebolig.
- Der var på tilsynsdagen, ansat tre sygeplejersker inkl. virksomhedschef og afdelingsleder, 6 social- og sundhedsassistenter, 18 social- og sundhedshjælpere, 1 terapeut, 1 ufaglært, 6 timelønnede, 1 rengøringsassistent, 1 administrativ medarbejder og en servicemedarbejder. Der var aktuelt ingen vakante stillinger.
- Der var i øjeblikket fremmøde med 7 dagvagter, 5 aftenvagter og 2 i nattevagt.
- Der var indgået en aftale med Helsingør Kommune om tilkald af sygeplejerske døgnet rundt. Det blev dog oplyst på tilsynet, at man primært dækkede behov for sygeplejefaglig sparring i vagter og weekend ved, at virksomhedschefen og afdelingslederen var på tilkaldevagt døgnet rundt.
- Attendo Esrumvej havde samarbejde med fast tilknyttet lægehus.
- Der blev afholdt triage x 3 ugentlig med deltagelse af personale, terapeut og sygeplejerske – der var overlap til næste vagttag
- Attendo Esrumvej anvendte journalsystemet Nexus og havde et samarbejde med Helsingør kommune vedr. dette.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn med baggrund i de alvorlige problemer styrelsen har konstateret på Attendo Lærkevej, som i flere tilfælde har medført påbud.

Derfor har styrelsen vurderet, at der er behov for at oplyse de sundhedsfaglige forhold på Attendo Helsingør ved at udføre et reaktivt tilsynsbesøg.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog og som efterfølgende modtog afsluttende opsamling på tilsynets fund:

- Louise Nielsen, virksomhedschef
- Kristine Kjær Jensen, afdelingsleder og souschef
- Thomas Lendrell, driftschef Attendo Danmark
- En sygeplejerske

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Sarah Sommer, 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 medicin håndtering
- 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 medicinbehandling

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbehandling 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 medicinbehandling- 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 doseringsæsker/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
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell 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. undladelse 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 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](#)

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, 5.1 udgave, Statens Serum Institut 2019](#)

## 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, 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](#).

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på [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