

Målepunkter for tilsyn på plejehjem, hjemmepleje, hjemmesygepleje og akutfunktioner 2018

- Den kronisk syge patient med komorbiditet – diabetes
- Patienten med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

I høringsperioden arbejdes der fortsat på justering af rækkefølgen af målepunkterne.

Der er indsat specifikke målepunkter for de to målgrupper ved målepunkt 4, 5 og 6.

Akutfunktioner opfattes i denne sammenhæng som for eksempel udgående teams og akutpladser i kommunerne.

Alle tilsyn vil indeholde elementer af observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale.

Instrukser

1: Interview om formelle krav til instrukser

Ved interview med ledelsen blev det vurderet, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser, herunder at de skriftlige instrukser er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.

Ledelsen skal sikre, at personalet introduceres til og følger instrukserne.

Referencer:

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

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
1: Interview om formelle krav til instrukser			
Fund og kommentarer:			

2: Interview om og gennemgang af instrukser

Ved interview med ledelsen blev det undersøgt, om der var de rette skriftlige instrukser. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes for følgende områder:

2a. Sundhedsfaglig dokumentation: føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation. Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.

2b. Personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling: Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminalbehandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver, og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp samt tilkald af læge.

2c. Fravalg af livsforlængende behandling: Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- ansvarsforhold
- hvem der i den konkrete sammenhæng anses for den behandlingsansvarlige læge
- ansvaret for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertilhørende nødvendige procedurer for overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge.

Journalføring, herunder:

- oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling
- genoplivningsforsøg
- afbrydelse af behandling

2d. Ansvars- og kompetenceforhold: Den skriftlige instruks skal beskrive kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.

2e. Medicinhåndtering: Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge herunder:

- kontrol af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhåndtering
- procedure for dokumentation af medicinordinationer
- identifikation af patienten og patientens medicin
- hvordan medicin dispenseres
- håndtering af dosisdispenseret medicin
- hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, parenteral ernæring, kemo, blod etc.
- personalets samarbejde med den behandlingsansvarlige læge i forhold til håndtering af håndkøbslægemidler, kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles Medicinkort) eller anden udformet medicinliste fra lægen.

2f. Samarbejde med den behandlingsansvarlige læge: Den skriftlige instruks beskriver samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger:

- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

2g. Håndhygiejne: Den skriftlige instruks beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard. Der skal være beskrivelser for, hvordan personalet forebygger spredning af smitsomme sygdomme, herunder overholder den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

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

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17. januar 2014](#)

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

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

[National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
2: Interview om og gennemgang af instrukser			
Fund og kommentarer:			

3: Interview om og gennemgang af anvendelsen af instrukser

Der sikres ved interview og gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation, at personalet kender og følger følgende instrukser/at personalet arbejder i henhold til følgende instrukser:

- Instruks om sundhedsfaglig dokumentation
- Instruks om personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling
- Instruks om fravalg af livsforlængende behandling
- Instruks om ansvars- og kompetenceforhold
- Instruks om medicin håndtering
- Instruks om samarbejde med den behandlingsansvarlige læge

<p>Referencer:</p> <p>Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</p> <p>Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013</p> <p>Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17. januar 2014</p> <p>Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015</p> <p>Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
3: Interview om og gennemgang af anvendelse af instrukser:			
Fund og kommentarer:			

Patientforløb, overgange i patientforløb og journalføring

<p>4: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</p> <p>I den sundhedsfaglige dokumentation skal der fremgå en oversigt over patienternes eventuelle sygdomme og funktionsnedsættelser med betydning for patientens aktuelle behandling og potentielle problemer, som behandles medicinsk, eller hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden. Denne skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.</p> <p>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.</p> <p>Herunder særligt ved diabetesbehandling</p> <p>den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af blodsuktermålinger, BT og aftaler om opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar samt en beskrivelse af aftaler om opfølgning på evt. senkomplikationer</p> <p>Herunder særligt ved skizofreni og samtidig somatisk sygdom</p> <p>Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aftaler om opfølgning af den antipsykotiske behandling, og herunder hvem der er den behandlingsansvarlige læge • aftaler om behandling af og opfølgning på samtidig somatisk sygdom, som fx diabetes og hjertekarsygdomme • aftaler om behandling og opfølgning ved samtidig misbrug • aftaler om genoptræning/forebyggende indsatser, hvor det er iværksat • ved behandlingsdomme og dom til ambulant psykiatrisk behandling er aftaler for kontroller

kendt

- hvor der foreligger koordinationsplaner/udskrivningsaftaler i forbindelse med udskrivelse fra sygehuset, er disse aftaler kendt og følges.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling, VEJ nr. 9614 af 8. november 2010](#)

[Anbefalinger for forebyggelsesindsatser til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016](#)

[Vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller \(registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien\) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner VEJ nr. 9798 af 16. august 2016](#)

[Bekendtgørelse om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger BEK nr. 1342 af 2. december 2010](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
4: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge			
Fund og kommentarer:			

5: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, og denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds mæssige tilstand.

Aktuelle eller potentielle problemområder der skal være fagligt vurderet og dokumenteret:

- 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

Herunder særligt ved diabetes;

- Patientens symptomer på hypo- og hyperglykæmi skal være beskrevet. Ligeledes skal det fremgå, hvordan patienten er reguleret i forhold til sin diabetes, herunder tegn på begyndende/eksisterende senkomplikationer.
- Hud og slimhinder: som minimum er beskrevet patientens behov for mund- og tandpleje samt eventuelt behov for kontakt til omsorgstandpleje/tandlæge.

Herunder særligt ved skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- ændringer i symptombillede og sindstilstand mhp at der kræves kontakt til den behandlingsansvarlige læge til vurdering af behandlingen eller forebyggende indsatser mod selvmord
- ændringer i vejrtrækningsmønstre, øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, og herunder risiko for at udvikle fx hjertekar sygdomme og type 2 diabetes
- Ændret bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre ved samtidig misbrug

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
--	----------------	---------------------	---------------------

5: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer			
Fund og kommentarer:			

6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering
<p>Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.</p> <p>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.</p> <p>Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.</p> <p>Herunder ved diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis sundhedspersonalet observerer eller på anden måde får mistanke om begyndende udvikling af hypo- og hyperglykæmi og diabetiske senkomplikationer, skal sundhedspersonalet sørge for at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke. • Det skal fremgå, hvad det acceptable behandlingsniveau er for den specifikke patient, ordineret af den behandlingsansvarlige læge. • Det skal fremgå, hvilke forebyggende indsatser der er planlagt og udført i forhold til senkomplikationer, samt hvad der er planlagt og udført i forhold til opfølgningen herpå, fx opfølgning hos øjenlæge. • Det skal fremgå, at der er taget stilling til og informeret om relevante rehabiliterings-/sundhedstilbud for diabetes patienten • Det skal fremgå, at information om kommunale rehabiliterings-/sundhedstilbud, sker ved sygdomsdebut og løbende, med henblik på at igangsætte tilbud, når patienten er motiveret. <p>Specifikke målepunkter ved skizofreni og samtidig somatisk sygdom</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvis sundhedspersonalet observerer, eller på anden måde får mistanke om ændret symptombillede, sindstilstand, der relaterer sig til den antipsykotiske behandling, skal sundhedspersonalet sørge for at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke. • Det skal fremgå, hvad der er specifikke og acceptable symptomer hos den aktuelle patient. • Hvis sundhedspersonalet observerer, at patientens bevidsthedsniveau ændres, eller at der sker ændringer i et misbrugsmønster, skal sundhedspersoner tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter aftale med patienten. • Hvis sundhedspersonalet observerer, at der sker ændringer i henhold til samtidig somatisk sygdom som fx kardielle symptomer eller symptomer på type 2 diabetes, skal der tages kontakt til behandlingsansvarlig læge

- Hvis patienten følger genoptræningsindsatser og/eller forebyggende sundhedsindsatser følges det, hvorvidt patienten følger disse aftaler og den aftalte opfølgning af disse indsatser.
- Hvis patienten har en behandlingsdom og dom til ambulant psykiatrisk behandling, undersøges det om patienten følger de aftalte kontroller.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Sundhedsstyrelsen 2013 National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår](#)

[Vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling, VEJ nr 9614 af 08/11/2010](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr 10375 af 28. december 2016](#)

[Anbefalinger for forebyggelsesindsatser til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016](#)

[Sundhedsstyrelsen 2013 National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår](#)

[Sundhedsstyrelsen - National Klinisk Retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, 2015](#)

[Sundhedsstyrelsen 2017 - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes](#)

[Sundhedsstyrelsen 2016 - Anbefalinger for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering			
Fund og kommentarer:			

7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation (patienters retsstilling)			
Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om:			
<p>a. samtykkekompetence/handleevne: Det skal fremgå, om patienten vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værg, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå.</p> <p>b. informeret samtykke: Det skal derefter fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal der også indhentes informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende.</p>			
Referencer:			
Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016			
Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013			
Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14. september 1998			
Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998			
Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002			
Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboligen VEJ nr. 10409 af 20. december 2007			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
7a: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: samtykkekompetence/handleevne			
7b: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: informeret samtykke			
Fund og kommentarer:			

8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal
<p>Det sikres ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation, at denne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • føres overskueligt og systematisk i én journal i henhold til instruksen • er tilgængelig for relevant personale, der deltager i observation, pleje og behandling • hvis dele af denne føres på fx papir, skal det fremgå tydeligt af den elektroniske journal, hvad disse dele omhandler

- opfylde formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring.

Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal, fx ved indskanning, eller i separat papir journal. Dokumentationen skal opbevares i mindst 5 år for sygeplejefaglige optegnelser og 10 år for lægelige patientjournaler.

Referencer:

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal			
Fund og kommentarer:			

HØRINGSUDKAST

Medicinering og medicinhandling

9: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Ordineret medicin og medicinliste

Ved stikprøve vurderes det, at den sundhedsfaglige dokumentation opfylder følgende:

- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgik dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgik den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgik behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- der var overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgik præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgik enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgik enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin
- ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
9: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Ordineret medicin og medicinliste			
Fund og kommentarer:			

10: Interview om og gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Medicinhåndtering og medicinopbevaring

Ved interview fremgik det, at personalet kunne redegøre for proceduren for administration af medicin.

- Administration af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og - år eller ved sikker genkendelse.

Ved stikprøve vurderes det, at der ved medicinhåndtering er opfyldt følgende:

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne.
- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.
- 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.
- Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.
- Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.
- Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.
- Holdbarhedsdatoen - på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling - må ikke være overskredet.
- Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

[Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

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

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
10: Interview om og gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation: Medicinhåndtering og medicinopbevaring			
Fund og kommentarer:			

11: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf			
Der skal forefindes adrenalin ved injektionsbehandling, med mindre den ordinerende læge har vurderet, at dette ikke er nødvendigt.			
Ved interview sikres det, at personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015			
Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
11: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf			
Fund og kommentarer:			

Infektionshygiejne

12: Interview om infektionshygiejne			
Ved interview fremgik det, at personalet arbejdede i henhold til gældende nationale retningslinjer om forebyggelse af smittespredning hos borgeren samt sundhedspersonalets håndhygiejne, som skal være beskrevet i instrukser.			
Referencer: Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000			
Nationale infektionshygiejniske retningslinje om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, 2017			
National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
12: Interview om infektionshygiejne			
Fund og kommentarer:			

Rammedelegation

13: Interview om og observation af instruks for rammedelegation			
<p>a. Hvis det var relevant for behandlingsstedet, forelå der en skriftlig instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhed, fx blodsukkerkontrol i forbindelse med TOBS. Der gennemgås instrukser for rammedelegation med henblik på, om disse beskriver omfang, og håndtering af rammedelegation patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.</p> <p>b. Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen for rammedelegation, og at ledelsen har sikret, at personalet har den fornødne viden om samt kompetence til og ansvar for at udføre opgaver i henhold til eventuelle rammedelegationer.</p> <p>Referencer: Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
13a : Interview om og observation af instruks for rammedelegation: Der findes skriftlig instruks.			
13b : Interview om rammedelegation: Personalet kender og følger instruksen.			
Fund og kommentarer:			

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			
Fund og kommentarer:			