

Målepunkter til bosteder Medicinhåndtering og overgange i patientforløb -

Fokus på patienter/borgere med skizofreni i antipsykotisk behandling og med samtidig somatisk sygdom

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

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

Patientforløb og journalføring

1: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for 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.

Det sikres ved interview og observation, at personalet kender og følger instruksen. Dertil efterspørges patientsikre arbejdsgange

Referencer:

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

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

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
1a: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks jf. ovenstående			
1b: Interview og observation. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

2: Instruks om fravalg af livsforlængende behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for, 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:

- ansvars- og kompetenceforhold
- hvem, der i den konkrete sammenhæng anses for den behandlingsansvarlige læge

- ansvaret for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til 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.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

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

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
2a: Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks jf. ovenstående			
2b: Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

3: 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 helbredsmæssige tilstand.

Problemområder, der skal være fagligt vurderet, og dokumenteret i forhold til hvorvidt der er aktuelle eller potentielle problemer:

- 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, 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 skizofreni

- ændringer i symptombillede og sindstilstand med henblik på, at personalet vurderer behov for kontakt til behandlingsansvarlig læge eller yderligere tiltag målrettet at forebygge selvmord
- ændringer i vejrtrækningsmønstre og øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, herunder risiko for at udvikle fx hjertekarsygdomme og type 2-diabetes
- ændret bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre ved samtidigt 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 patienter 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](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
3: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer			
Fund og kommentarer:			

4: Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge

Der skal udarbejdes en oversigt over patienternes eventuelle sygdomme og funktionsnedsættelser, der har 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 og ved modtagelse af patient, der har været indlagt.

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 eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved skizofreni og samtidig somatisk sygdom:

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder:

- aftaler om opfølgning af den antipsykotiske behandling, herunder hvem der er behandlingsansvarlige læge, dokumentationen indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol, herunder kontrolblodprøve og EKG
- aftaler om behandling og opfølgning ved samtidig somatisk sygdom, såsom diabetes og hjertekarsygdomme
- aftaler om behandling og opfølgning ved samtidig misbrug
- aftaler om genoptræning og forebyggende indsatser, hvor det er iværksat
- ved behandlingsdom og dom til ambulantly psykiatrisk behandling er aftaler for kontroller kendt
- samt øvrige aftaler med den praktiserende læge.

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 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](#)

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

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
4: Oversigt over patienternes sygdomme og handicap og aftaler med behandlingsansvarlig læge			
Fund og kommentarer:			

5: Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en 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.

Herunder særligt ved skizofreni:

- Hvis personalet observerer, eller på anden måde får mistanke om ændret symptombillede eller sindstilstand, der relaterer sig til den antipsykotiske behandling, skal personalet sørge for at kontakten til behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke.
- Det skal fremgå, hvad der er specifikke, acceptable symptomer og reaktioner for patienten.
- Hvis personalet observerer, at patientens bevidsthedsniveau ændres, eller at der sker ændringer i 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, fx kardielle symptomer eller symptomer på type 2-diabetes, vurderes problemet mhp. at tage kontakt til behandlingsansvarlig læge.
- Hvis patienten følger genoptræningsindsatser eller forebyggende sundhedsindsatser følges det, hvorvidt patienten følger disse aftaler og den aftalte opfølgning af disse indsatser.
- Hvis patienten har en behandlingsdom til ambulante psykiatriske behandling, hvorvidt patienten følger de aftalte kontroller.
- Hvis der er udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner for patienten i forbindelse med udskrivelse fra sygehus, hvor der er mistanke om, at patienten ikke vil følge sin behandling – er koordinationsplanen/udskrivningsaftalerne da kendt for bostedet og følges de.

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 ambulante psykiatriske behandling, VEJ nr. 9614 af 8. november 2010](#)

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter 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 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
5: Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering			
Fund og kommentarer:			

HØRINGSUDKAST

Når behandlingsansvarlig læge på bostedet har behandlingsansvaret for den antipsykotiske behandling

6: Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med antipsykotika med særlig fokus forebyggelse af kardiovaskulær sygdom, herunder arytmirisiko samt type II diabetes

Gennemgang af et antal journaler skal vise om der ved behandling med antipsykotika er fokus på forebyggelse af kardiovaskulær sygdom, herunder arytmirisiko samt type II diabetes, og om behandlingen foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig og i henhold til vejledning om behandling med antipsykotika.

Bivirkninger ved antipsykotika er QTc forlængelse. Dette forudsætter særlig opmærksomhed ved opstart af anden medicin samtidig med den antipsykotiske behandling.

Af journalen skal det hos patienter i behandling med antipsykotika som minimum fremgå at:

- at vurdering af 'kardial risikoprofil' fremgår, herunder BT og EKG
- at patienten er henvist til kardiolog ved afvigelser i EKG og andre kardiale symptomer som brystmerter, forpustethed, åndenød,
- at BMI og taljeomfang følges
- at der foreligger kontrol af lipider og HbA1c
- at der ved første kontakt i forbindelse med skizofreni fremgår, at der er diskuteret KRAM faktorer
- at der er lagt en plan for behandlingen, herunder tidspunkt for revurdering.
- at der er henvist relevant til fx, diabetes ambulatorium eller lungeambulatorium ved positive fund ifm. screening og kontrol.

	Før behandli ng	Årligt
Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)	+	+
Vægt og BMI	+	+
Taljeomfang	+	+
Blodtryk	+	+
HbA1c (faste blodsukker)	+	+
Faste plasma lipider	+	+
EKG	+	+

Referencer:

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

[Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka. DCS & DPS vejledning 2011 Nr. 1 Udgivet februar 2011, med ændring december 2011 af: Dansk Cardiologisk Selskab & Dansk Psykiatrisk Selskab](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
6: Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med antipsykotika i særlig grad med fokus på forebyggelse af kardiovaskulær sygdom og type II diabetes			
Fund og kommentarer:			

7: Informeret samtykke			
<p>Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om information til patienterne eller de pårørende om planlagt pleje og behandling af patienten, og patientens eller de pårørendes stillingtagen hertil (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke). Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.</p> <p>Referencer: Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016</p> <p>Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013</p> <p>Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998</p> <p>Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
7: Informeret samtykke			
Fund og kommentarer:			

8: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentationen. Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal			
<p>Den sundhedsfaglige dokumentation skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • føres overskueligt og systematisk i én journal • være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling • opfylde formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring. <p>Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse dele omhandler. Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal, fx ved indskanning, eller i separat papirjournal. Dokumentationen skal opbevares i mindst 5 år for sygeplejefaglige optegnelser og 10 år for lægelige patientjournaler.</p>			



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: Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal			
Fund og kommentarer:			

HØRINGSUDKAST

Medicinhåndtering

9: Instruks for medicinhåndtering

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Den skriftlige instruks skal beskrive

- kontrol af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhåndtering
- procedurer for dokumentation af medicinordinationer
- hvad personalet skal gøre, hvis patienten ikke vil tage sin medicin
- identifikation af patienten og patientens medicin
- hvordan medicin dispenseres
- medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin
- hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt.

Alle ovenstående elementer skal være beskrevet, og det skal fremgå, hvilke kompetencer personalet, der varetager opgaverne, skal have.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[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](#)

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
9a: Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks jf. ovenstående			
9b: Instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

10: Instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Ledelsen skal sikre, at der er instrukser for personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, oftest praktiserende læge, ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles Medicinkort) eller anden udformet medicinliste fra lægen.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
10a: Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks jf. ovenstående			
10b: Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

11: Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger			
<p>Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger.</p> <p>Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ved håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin • om den medicinske behandling herunder gennemgang og revision af den ordnede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning • om behandling og kontrol af kroniske sygdomme <p>Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.</p> <p>Referencer: Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
11a: Samarbejde med de behandlende læger. Der findes fyldestgørende skriftlig instruks			
11b: Samarbejde med de behandlende læger. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

12: Dato for ordination og / eller seponering			
<p>Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011</p>			

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
12: Dato for ordinationen og/eller seponering			
Fund og kommentarer:			

13: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen			
Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen, hvor lægerne har ordineret medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
13: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen			
Fund og kommentarer:			

14: Behandlingsindikationer skal fremgå			
Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
14: Behandlingsindikationer skal fremgå			
Fund og kommentarer:			

15: Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin			
Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
15: Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin			
Fund og kommentarer:			

16: Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn			
<p>Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (fx tabletter, mikstur) og styrke være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
16: Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn			
Fund og kommentarer:			

17: Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt			
<p>Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>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</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
17: Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt			
Fund og kommentarer:			

18: Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin			
<p>Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.</p>			

<p>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</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
18: Enkeldosis og maksimal døgndosis for pn. medicin			
Fund og kommentarer:			

19: Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt			
<p>Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>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</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
19: Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt			
Fund og kommentarer:			

20: Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker			
<p>Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poser.</p> <p>Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
20: Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker.			
Fund og kommentarer:			

21: Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen			
Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
21: Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen			
Fund og kommentarer:			

22: Dispenseret pn. medicin			
Ledelse og personale skal sikre, at 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.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
22: Dispenseret pn. medicin			
Fund og kommentarer:			

23: Identifikation ved medicinudlevering			
Udlevering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og år eller ved sikker genkendelse. Personalet kan redegøre for proceduren for udlevering af medicin, der overholder gældende love og vejledninger.			
Referencer: Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
23: Identifikation ved medicinudlevering			
Fund og kommentarer:			

24: Doseringsæsker er mærket korrekt			
Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.			
Referencer: Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013			
Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015			
Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
24: Doseringsæsker er mærket korrekt			
Fund og kommentarer:			

25: Medicinen opbevares forsvarligt			
Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
25: Medicinen opbevares forsvarligt			
Fund og kommentarer:			

26: Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt			
Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patienters medicin.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015			
Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
26: Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt			
Fund og kommentarer:			

27: Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin			
Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
27: Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin			
Fund og kommentarer:			

28: Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf			
Der skal forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. 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
28: Adrenalin og kompetencer for anvendelse heraf			
Fund og kommentarer:			

29: Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet, og der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud			
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.			
Referencer: Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015 Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011 Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009			



	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
29a: Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet			
29b: Der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud			
Fund og kommentarer:			

HØRINGSUDKAST

Generelt

30: Interview om personalets kompetencer, ansvars og opgavefordeling			
<p>Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling i forhold til sundhedsfaglige opgaver.</p> <p>Den skriftlige instruks skal beskrive kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.</p> <p>Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.</p> <p>Referencer: Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
30a: Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Der findes fyldestgørende skriftlig instruks			
30b: Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

31: Interview om instrukser for patienternes behov for behandling			
<p>Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling.</p> <p>Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver, og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.</p> <p>Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.</p> <p>Referencer: Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
31a: Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes fyldestgørende skriftlig instrukser			
31b: Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen			
Fund og kommentarer:			

32: Håndhygiejne			
<p>Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard.</p> <p>Der skal være beskrivelser for, hvordan personalet forebygger spredning af smitsomme sygdomme, herunder overholder den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.</p> <p>Referencer: Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000 National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
32: Håndhygiejne. Der findes fyldestgørende skriftlig instruks			
Fund og kommentarer:			

33: Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.			
<p>Ledelsen skal sikre, at personalet ved udførelse af sundhedsfaglige opgaver, fx medicinhåndtering, har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen, og at denne overholdes.</p> <p>Ledelsen skal sikre tilstrækkelige og relevante hjælpemidler i forbindelse med behandling. Personalet efterlever den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.</p> <p>Referencer: Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000 National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
33: Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.			
Fund og kommentarer:			

34: Formelle krav til instrukser			
<p>Ledelsen skal sikre, at de skriftlige instrukser overholder formelle krav til instrukser, herunder at de skriftlige instrukser er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de skal være forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.</p> <p>De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.</p> <p>Ledelsen skal sikre, at personalet introduceres til instrukserne.</p> <p>Referencer:</p>			

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
34: Formelle krav til instrukser			
Fund og kommentarer:			

35: Samtykkekompetence/handleevne			
<p>Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, 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/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.</p> <p>Referencer: Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010 Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013 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</p>			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
35: Samtykkekompetence/ handleevne			
Fund og kommentarer:			

36: Interview om håndtering af utilsigtede hændelser			
<p>Lægen/lægerne og andre, der er involveret i opfølgning på utilsigtede hændelser på behandlingsstedet, bliver interviewet om, hvordan man følger op på utilsigtede hændelser med henblik på forebyggelse af gentagelser.</p> <p>Ved interviews skal det fremgå, at der som minimum er procedurer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • systematisk opfølgning på utilsigtede hændelser, der omfatter, at der ved behov iværksættes konkrete initiativer til forebyggelse af samme eller lignende utilsigtede hændelser fremover. 			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
36: Interview om håndtering af utilsigtede hændelser			
Fund og kommentarer:			

Øvrige fund

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

HØRINGSUDKAST