



# Tilsynsrapport

## Sambýlið Eystan Heyg

Planlagt tilsyn

Bosteder 2026

**Sambýlið Eystan Heyg**  
**Eystan Heyg 6**  
**100 Tórshavn**

V-tal: 373311

Dato for tilsynet: 09-03-2026

Tilsynet blev foretaget af: Landslægen

Sagsnr.:35-2011-23343

LANDSLÆKNIN



STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED

# 1. Vurdering

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten, idet der er ansat fem sygeplejersker på behandlingsstedet, og ikke fire som det fremgår af høringsrapporten. Vi har rettet oplysningerne i rapporten på den baggrund.

Vi har også modtaget materiale i form af tilrettede instrukser for medicinbehandling og for journalføring, for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, samt for instruks for patienternes behov for behandling. Vi har endvidere modtaget beskrivelse af procedurer for kontrol af behandlingen, når patienterne er i behandling med aktuelle risikosituationslægemidler, herunder også behandling med Clozapin.

Vi anerkender, at Sambýlið Eystan Heyg har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de sundhedsfaglige forhold. Vi finder det på den baggrund dokumenteret, at instruks for patienternes behov for behandling nu er fyldestgørende, men vi finder det dog ikke dokumenteret, at den på nuværende tidspunkt er implementeret og bliver anvendt i personalets daglige arbejde.

Vi finder det endvidere ikke dokumenteret, at der nu foreligger fyldestgørende instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, samt for medicinbehandling, ligesom vi ikke finder det dokumenteret, at instruks for journalføring er implementeret. Vi finder det derfor ikke dokumenteret, at de øvrige tiltag på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 22. maj 2026 givet Sambýlið Eystan Heyg et påbud om at sikre:

1. forsvarlig medicinbehandling, herunder implementering af instruks.
2. systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks.
4. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling og for patienternes behov for behandling.

Påbud offentliggøres separat på [stps.dk](https://stps.dk) og på [sundhed.dk](https://sundhed.dk). Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

## **Samlet vurdering efter tilsynsbesøg**

Landslægen har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den 9.0 marts 2026 vurderet, at der på **Sambýlið Eystan Heyg** er:

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

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, gennemgang af medicin, journaler og instrukser ved det aktuelle tilsyn.

Ved tilsynet konstaterede vi, at der var mangler inden for behandlingsstedets organisering, journalføring og medicin håndtering.

#### **Behandlingsstedets organisering**

Vi konstaterede, at Sambýlið Eystan Heyg's instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling ikke var fyldestgørende. Det fremgik ikke hvordan opgaverne var fordelt på de forskellige faggrupper samt, hvordan medarbejderne opnåede kompetencer til at varetage de sundhedsfaglige opgaver. Vi vurderer, at manglende instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling udgør en risiko for patientsikkerheden, da det dermed ikke er sikret, at de sundhedsfaglige opgaver udføres af medarbejdere, som har de rette kompetencer til opgaven. Vi har lagt vægt på, at både ledelse og medarbejdere kunne redegøre for opgavefordelingen, og for hvordan de sikrede at de rette kompetencer var til stede.

Vi konstaterede desuden, at behandlingsstedet ikke havde en tilstrækkelig instruks for hvordan medarbejderne skulle håndtere smitsom sygdom. Vi vurderer, at fravær af, eller mangelfulde sundhedsfaglige instrukser, indebærer en risiko for patientsikkerheden, da behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer. Vi har lagt vægt på, at medarbejderne kunne redegøre for, at de altid kontaktede lægen, hvis de var i tvivl om der skulle iværksættes behandling i forbindelse med smitsom sygdom.

#### **Journalføring og sundhedsfaglige vurderinger**

Behandlingsstedets journalføring fremstod med manglende systematik og overskuelighed, og vi vurderer, at dette kan relateres til, at det ikke var besluttet hvilke krav der var til systematik i journalføringen. Behandlingsstedet havde kort tid inden tilsynet udarbejdet en lokal instruks for sundhedsfaglig journalføring, denne var dog ikke helt fyldestgørende og var endnu ikke kendt af personalet.

Vi vurderer, at en mangelfuld instruks for journalføring indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling.

Vi konstaterede, at det var gennemgående, at det ikke i nødvendigt omfang fremgik af behandlingsstedets sundhedsfaglige journal at der var foretaget en sundhedsfaglig vurdering af patienternes problemstillinger, herunder hvilken plan der var lagt, relevante observationer, og hvordan der skulle følges op.

Vi har lagt særligt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke er en fyldestgørende beskrivelse af et sår, da det øger risikoen for at der ikke på relevant vis kan følges op på ændringer eller forværring i sårets tilstand. Når der er tvivl om behandlingsplanen, øger de ligeledes risikoen for at lægen ikke bliver kontaktet, og det kan medføre en unødigt forværring af patientens tilstand.

Vi har også lagt vægt på, at manglende beskrivelse og sikkerhed omkring hvordan medarbejderne skal reagere, hvis en patient i Clozapinbehandling får feber, øger risikoen for, at der ikke bliver handlet relevant og rettidigt, og kan medføre komplikationer i patientens sygdomsforløb.

Vi vurderer desuden, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når det ikke fremgår af den sygeplejefaglige udredning, at en patient er i behandling med blodfortyndende medicin, da beskrivelsen udgør grundlaget for at udarbejde retningslinjer for, hvordan medarbejderne skal håndtere patienten ved fald eller anden risiko for blødning.

Vi vurderer, at medarbejderne kendte patienterne godt og kunne redegøre mundtligt for nogle af patienternes problemstillinger. Det udgør dog en risiko for patientsikkerheden, når kendskabet til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og relevante observationer alene beror på enkeltpersoners viden, og ikke fremgår af journalerne.

Vi vurderer, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre kommunikation internt på behandlingsstedet og med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så medarbejderne har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

### **Medicinhåndtering**

Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen. Vi har lagt særligt vægt på at der hos en patient fremgik et svagt smertestillende præparat på medicinlisten igennem to år, uden at dette havde været administreret. Det er vores opfattelse, at når behandlingsstedet vurderer, at patienten ikke længere har brug for behandlingen, bør ordinationen drøftes med lægen og medicinlisten opdateres efter gældende ordination.

Manglende overensstemmelse mellem den ordinerede medicin samt en medicinliste, hvor det ikke er muligt at tælle antallet af tabletter inden udlevering, skaber usikkerhed omkring om instruksen blev efterlevet på dette punkt.

Vi har desuden lagt vægt på at når et præparat ikke opbevares efter producentens anvisning eller har overskredet holdbarhed, er der risiko for at det ikke længere virker efter hensigten.

Behandlingsstedets instruks for medicinhåndtering var ikke fyldestgørende og manglede beskrivelse af håndtering af ordinationsændringer, ændringer af aktuelle handelsnavn og risikosituationslægemidler.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicin håndteringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, vurderer vi, at instruksen for medicin håndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Vi vurderer, at den manglende implementering indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Instruksen skal også forebygge tvivl hos medarbejdere i situationer, hvor det kan indebære en risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført, eller bliver udført forkert.

### **Samlet vurdering**

Ved vurderingen har vi lagt vægt på omfanget og karakteren af de konstaterede mangler, og at det vil kræve et målrettet og systematisk arbejde at rette op på manglerne i journalføringen og medicin håndteringen.

Samlet set vurderer vi, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

## 2. Krav

---

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Landslægen stiller følgende krav:

Målepunkt	Krav
1.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning.</li></ul>
2.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling i forbindelse med håndtering af smitsom sygdom.</li></ul>
3.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.</li></ul>
4.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring.</li></ul>
5.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation.</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand.</li></ul>
7.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.</li></ul>
8.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre at håndtering af risikosituationslægemidler er beskrevet i medicin håndteringsinstruksen.</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, at der er procedurer for dokumentation af medicinordinationer.</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruksen for medicin håndtering.</li></ul>
9.	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste.</li></ul>

<b>10.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning.</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato.</li></ul> <p>Behandlingsstedet skal sikre, at medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.</p>
------------	--

# 3. Fund ved tilsynet

[↑Tilbage til vurdering](#)

## Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling		X		<p>Instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling var ikke fyldestgørende. Der manglede beskrivelse af hvordan medarbejderne opnåede kompetencer til at varetage de sundhedsfaglige opgaver, og det var ikke beskrevet hvordan opgaverne var fordelt på de forskellige faggrupper.</p> <p>Både ledelse og medarbejdere kunne redegøre for opgavefordelingen, og oplyste, at en plan for oplæring var under udarbejdelse.</p>
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		<p>Instruksen manglede en beskrivelse af hvordan medarbejderne skal forholde sig, hvis en patient får en smitsom sygdom.</p> <p>Medarbejderne redegjorde for, at de altid kontaktede lægen, hvis de var i tvivl om der skulle iværksættes behandling herfor.</p>

## Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		<p>Instruksen for sundhedsfaglig dokumentation manglede en beskrivelse af medarbejdernes opgaver i forbindelse med sundhedsfaglig journalføring,</p>

					ligesom der manglede en beskrivelse af indhold og systematik i journalføringen.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Journalføringen var ikke systematisk og overskuelig, og det var ikke tydeligt for medarbejderne, hvor de skulle lede efter de forskellige oplysninger.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og potentielle problemer		X		<p>Hos en patient i behandling for et sår, var problemstillingen ikke fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke, at der var foretaget en vurdering af sårets udseende og størrelse, ligesom det ikke var beskrevet, hvor såret var placeret. Medarbejderne kunne redegøre for sårets tilstand.</p> <p>Ved en patient i blodfortyndende behandling, var problemstillingen omkring dette ikke beskrevet. Der manglede en beskrivelse af risici ved blodfortyndende behandling og relevante observationer i den forbindelse f.eks. hvordan medarbejderne skulle reagere, hvis patienten faldt eller slog sig på anden vis. Medarbejderne kunne redegøre for, at de altid kontaktede lægen, hvis patienten faldt eller der på anden vis var risiko for blødning.</p> <p>Ved en patient i behandling med Clozapin fremgik det ikke at der var foretaget en vurdering af problemstillingen. F.eks. manglede der en beskrivelse af at medarbejderne skulle kontakte lægen, hvis patienten fik feber. Det var usikkert, om medarbejderne havde det fornødne kendskab til hvordan de skulle reagere, hvis patienten fik feber.</p>

					<p>Hos en patient i behandling for forhøjet blodtryk, var problemstillingen herom ikke beskrevet. Det fremgik ikke om medarbejderne havde nogle opgaver eller skulle foretage observationer.</p> <p>Medarbejderne redegjorde for at lægen vanligvis ønskede at de målte blodtryk forud for kontrol.</p> <p>Hos en patient var en problemstilling ikke opdateret, idet det fremgik, at patienten havde ringorm og blev behandlet herfor. Medarbejderne oplyste dog at dette ikke længere var tilfældet.</p>
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	X			
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		<p>I den ene journalgennemgang fremgik det, at patienten var i behandling for et sår, men der manglede en plan for behandling af såret, ligesom det ikke var beskrevet, hvordan og hvornår der skulle følges op på behandlingen.</p> <p>Medarbejderne redegjorde for behandlingen af såret, og det fremgik af de fortløbende dagbogsnotater, at behandlingsstedet fulgte ordinationen.</p> <p>I samme journalgennemgang fremgik det, at patienten, som var i vægtreducerende behandling, skulle vejes en gang ugentligt, men der manglede en beskrivelse af hvor meget patientens vægt måtte variere, før behandlingsstedet skulle kontakte lægen. Det fremgik</p>

					ikke, hvordan og hvornår der skulle følges op på vejningerne. Medarbejderne var usikre på, om og hvornår, fx ved større vægtændring, de skulle kontakte en læge, eller hvornår der i øvrigt skulle følges op.
--	--	--	--	--	---

## Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		<p>Instruks for medicinhåndtering var ikke fyldestgørende. Der manglede en beskrivelse af hvordan medarbejderne skulle håndtere ordinationsændringer. Medarbejderne beskrev en sikker arbejdsgang for ordinationsændringer, både vedrørende opdatering af medicinlisten og når de skulle foretage ændringer i den dispenserede medicin.</p> <p>Instruksen manglede beskrivelse af at det aktuelle handelsnavn på det præparat der er i beholdningen, skal fremgå af medicinlisten.</p> <p>Instruksen manglede også en beskrivelse af hvordan medarbejderne skulle håndtere risikosituationslægemidler. Behandlingsstedet håndterede aktuelt to risikosituationspræparater, og redegjorde for en sikker arbejdsgang for begge præparater.</p>
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation		X		Det fremgik ikke af medicinlisten hvor mange tabletter patienten skulle have af gangen på de

	vedrørende ordineret medicin og medicinliste				<p>forskellige klokkeslæt for administration. Medicinlisten var således ikke ført, så det var muligt at tælle antallet af tabletter ved udlevering.</p> <p>I begge medicingennemgange var medicinlisten ikke opdateret med det aktuelle handelsnavn på flere præparater</p> <p>Et præparat til sår behandling var ikke anført på medicinlisten. Medarbejderne oplyste, at patienten blev behandlet jf. ordinationen, og det fremgik af journalen, at behandlingen blev udført.</p>
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		<p>Et præparat skulle opbevares i køleskab indtil det blev taget i brug, men det havde gennem en uge været opbevaret uden for køleskab, selv om det ikke var taget i brug. Behandlingsstedet ville umiddelbart efter tilsynet undersøge, om præparatet skulle kasseres.</p> <p>I samme medicinbeholdning var der en salve med overskredet holdbarhed. Salven blev kasseret under tilsynet.</p> <p>I en anden medicinbeholdning var der ikke overensstemmelse mellem det ordinerede og medicinbeholdningen. Det fremgik på medicinlisten at patienten skulle have Paracetamol fast fire gange i døgnet, men der var ikke Paracetamol i beholdningen.</p> <p>Behandlingsstedet oplyste, at patienten ikke havde brugt præparatet gennem længere tid, og at de efter tilsynet ville følge op på ordinationen og enten få den ændret til pn eller få den seponeret.</p>

## Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	X			

## Hygiejne

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	X			

## Øvrige

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Sambýlið Eystan Heyg er et bofællesskab under Almannaverkið, og er beliggende i Thorshavn
- Målgruppen er voksne med psykiatriske sygdomme, herudover kunne de have komorbiditet i form af diabetes, hjertesygdomme mm.
- Der er plads til 16 beboere, som er fordelt på fire grupper.
- Personalet varetager medicinhåndtering, herunder injektionsbehandling samt observationer, pleje og behandling i relation til den medicinske behandling. Mere kompleks pleje og behandling, eksempelvis sår behandling, blev varetaget af de sundhedsfaglige medarbejdere, mens andre komplekse opgaver, eksempelvis infusionsbehandling og terminalbehandling, ville blive varetaget af hjemmesygeplejen, men det var ikke aktuelt på tidspunktet for tilsynet.
- Der er 13 ansatte, heraf er der fem sygeplejersker og to social- og sundhedsassistenter. Resten af personalegruppen er uddannede pædagoger.
- Der er personale tilstede hele døgnet med sovende nattevagt
- Bofællesskabet Sambýlið Eystan Heyg samarbejder primært med kommunelægerne og psykiatrisk afdeling. Der kommer en psykiatrisk sygeplejerske på bofællesskabet hver 4. uge til gennemgang af beboernes behandling.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt udgående tilsyn.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside [www.landslaeknin.stps.dk](http://www.landslaeknin.stps.dk) under *Tilsyn*; [Målepunkter for bosteder](#).
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
- Der blev gennemgået to journaler, som var udvalgt på forhånd.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter.

Ved tilsynet deltog:

- Enhedsleder Andrea Petursdottir
- Leder Birit Clementsen
- Fire sygeplejersker
- To social- og sundhedsassistenter
- En fuldmægtig fra Almannaverkið

Ved den afsluttende tilbagemelding på tilsynets fund, deltog:

- Leder Birta Clementsen
- Centerchef Asta Marjunardottir
- Fire sygeplejersker
- To social- og sundhedsassistenter
- En fuldmægtig fra Almannaverkið

Tilsynet blev foretaget af:

- Lars Fodgaard Møller, landslæge Færøerne
- Susanne Bendix, oversygeplejerske, TR-Vest, Styrelsen for Patientsikkerhed
- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent, TR-Vest, Styrelsen for Patientsikkerhed

# 5. Bilag

---

## Uddybning af målepunkter

### Behandlingsstedets organisering

#### **1:Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling**

Tilsynsførende gennemgår instruks om personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ved gennemgang af instruks skal kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver være beskrevet.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

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

#### **2:Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling**

Tilsynsførende gennemgår instruks for patienternes behov for behandling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ved gennemgang af instruks skal det være beskrevet, hvordan personalet skal forholde sig til og dokumentere lægens eventuelle anvisninger i forbindelse med:

- Akut opstået sygdom
- Smitsom sygdom
- Terminal behandling

Referencer:

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

## Journalføring

### 3: Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation

Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.

Ved gennemgang af instruksen skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation, være beskrevet.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

[Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

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

### 4: Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en 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 færøsk eller dansk, fraset 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 og hvad disse indeholder eller i andet format.
- Notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

[Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

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

## **5: Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer 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 helbreds-mæssige 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 for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

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

## **6: Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, 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.

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlig læge, eksempelvis vedrørende:

- Blodsukkermålinger,
- blodtryk,
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar,
- opfølgning på evt. senkomplikationer,
- sårpleje.

Referencer:

[Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

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

## **7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering**

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

- Den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbreds-mæssige problemer og sygdomme
- Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges.

Referencer:

[Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

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

## **Medicinhåndtering**

### **8: 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 medicinhåndtering,

- 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 kronisk sygdom håndteres,
- risikosituationslægemidler håndteres,
- ikke-lægeordnede håndkøbsmedicin og kosttilskud håndteres,
- injektionsbehandling håndteres.

Personalet kender og anvender instruksen.

De syv risikosituationslægemidler er:

1. Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika).
2. Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler).
3. Lavdosis methotrexat.
4. Kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat).
5. Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon).
6. Gentamicin.
7. Digoxin.

Referencer:

[Risikosituationer, Styrelsen for Patientsikkerhed](#)

[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](#)

## **9: 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 den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- 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, fremgår enkelt dosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin.

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

[Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 4. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed, juli 2025](#)

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

[Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

## 10: Gennemgang af medicinbeholdning

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

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

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinbeholdning- 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 doseringsæskerne/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.
- Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer.
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin.
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin.
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet.
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.

Referencer:

[Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 4. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed, juli 2025](#)

[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](#)

## Patienters retsstilling

### 11: 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:

[Anordning nr. 821 af 22. juni 2018 om ikrafttræden for Færøerne af sundhedsloven, som broyrt við anordning nr. 1443 frá 29. juni 2021](#)

[Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014](#)

[Bekendtgørelse for Færøerne om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger m.v., BEK. Nr. 582 af 2. maj 2019.](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

## Hygiejne

### 12: Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme

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:

[Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

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

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)

## Øvrige fund

### 13: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Anordning nr. 821 af 22. juni 2018 om ikrafttræden for Færøerne af sundhedsloven, som broytt við anordning nr. 1443 frá 29. juni 2021](#)

# 6. Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner <sup>[1]</sup> udfører undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient <sup>[2]</sup>.

## Baggrund

Den 1. juli 2022 blev bekendtgørelsen om risikobaserede tilsyn sat i kraft på Færøerne. Landslægen har forpligtelse til at gennemføre tilsyns- og læringsaktiviteter for alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Landslægen udvælger temaer og målepunkter risikobaseret ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

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

## Tilsynet

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

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet<sup>1</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>2</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 Landslægens hjemmeside [landslaeknin.stps.dk](http://landslaeknin.stps.dk), under [Tilsyn](#). 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>3</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 Landslægens hjemmeside.

Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på Landslægens hjemmeside under [Påbud](#) samt på [sundhed.dk](http://sundhed.dk).

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

<sup>3</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

## 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>4</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>5</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>4</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1