



Tilsynsrapport Hj.pl. Beder/Malling

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Hj.pl. Beder/Malling
Byagervej 115
8330 Beder

SOR-ID: 1598871000016003

Dato for tilsynsbesøget: 12-05-2026

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest

Sagsnr.: 35-2011-24083



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan, der beskriver iværksatte tiltag med undervisning og kompetenceudvikling indenfor medicinhåndtering og dokumentation samt udførelse af medicinaudit.

Vi anerkender, at Hj.Pl. Beder/Malling har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede mangler i forbindelse med medicinhåndtering, sygeplejefaglige vurderinger samt sikre tilstrækkelig journalføring. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 8. juli 2026 givet Hj.Pl. Beder/Malling et påbud om at sikre:

1. Forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruks herom fra den 8. juli 2026.
2. Systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for:
 - alle ny-visiterede patienter fra den 8. juli 2026.
 - samtlige patienter i aktuel behandling inden den 22. juli 2026.
3. Tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom fra den 8. juli 2026.
4. Implementering af instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling fra den 8. juli 2026.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **12-05-2026** vurderet, at der på **Hj.pl. Beder/Malling** er:

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Organisering

Hjemmeplejen Beder/ Malling blev genetableret i oktober 2025 med ledelse og ansættelse af medarbejdere pr. 1/1 2026. Ledelsen oplyste, at der fortsat var et kontinuerligt stort behov for brug af vikarer. Behandlingsstedet redegjorde for, hvordan og hvornår de sundhedsfaglige opgaver kunne overdrages til en anden faggruppe på behandlingsstedet, samt hvornår opgaven skulle gives tilbage til sygeplejersken igen.

På tilsynet konstaterede vi gennemgående mangler, hvor der var sundhedsfaglige opgaver, som jævnfør behandlingsstedets instruks skulle have været givet tilbage til sygeplejersken på behandlingsstedet. Desuden er det vores opfattelse, at det ikke var muligt for medarbejderne eller vikarer at orientere sig i

patientens sundhedsfaglige problemstillinger og/eller udviklingen af en aktuel problemstilling, når det ikke var vurderet og beskrevet i journalen. Vi vurderer, at den manglende implementering af instruksen udgør en risiko for, at de sundhedsfaglige opgaver ikke udføres af medarbejdere, som har de rette kompetencer, hvilket medfører en risiko for, at alvorlige ændringer og komplikationer i patientens tilstand og behandling bliver overset.

Ledelsen oplyste, at de umiddelbart efter tilsynet vil udarbejde en handleplan hurtigst mulig, samt at Aarhus Kommunes kvalitetsteam vil blive inddraget for at rette op på de påviste mangler. Vi vurderer på den baggrund, at der kan sikres et systematisk og målrettet arbejde med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Behandlingsstedet oplyste, at der på daglig basis blev arbejdet med kompetenceudvikling i praksis ved følgeskab og sidemandsoplæring i dokumentation. Ligesom der blev udført audit på medicin håndtering og følgeskab af farmakonom. Vi konstaterede dog, at behandlingsstedets instruks for journalføring ikke var tilstrækkeligt implementeret, idet den sundhedsfaglige dokumentation ikke var systematisk og i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, sygdomme, funktionsnedsættelser, den iværksatte pleje og opfølgning samt aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på patienternes sygdomme.

Beskrivelsen af den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemstillinger, aftaler med lægen, samt hvordan der skal følges op herpå, udgør grundlaget for den pleje, behandling, opfølgning og evaluering, der skal foretages hos den enkelte patient og tydeliggør, hvem der har ansvaret herfor. Dette har betydning for, at personalet kan reagere på ændringer i patienternes tilstande, samt foretage en rettidig opfølgning og evaluering af den igangværende pleje og behandling.

Vi har lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når et behandlingssted ikke har kendskab til hvilke opgaver og ansvar de har i forhold til patientens problemstillinger og den ordinerede behandling, og vi vurderer, at manglerne i journalføringen i de fleste tilfælde var et udtryk for, at vurderingerne ikke var foretaget, at opfølgning ikke havde fundet sted, og at der ikke var indgået aftaler med behandlingsansvarlig læge om den iværksatte behandling, opfølgning og kontrol.

Dette gjorde sig blandt andet gældende i et tilfælde, hvor behandlingsstedet ikke havde vurderet patientens problemstilling i relation til kritisk sygdom, herunder behandling med et risikosituationslægemiddel. Vi vurderer, at manglende kendskab til patientens problemstillinger i relation til behandling med risikosituationslægemidler udgør en særlig risiko for patientsikkerheden, idet risikosituationslægemidler kræver særlige observationer, hyppigere kontrol og er forbundet med øget risiko for alvorlige bivirkninger, fejl og utilsigtede hændelser, som kan få konsekvenser for patientens helbred. Det er vores opfattelse, at et behandlingssted, som har ansvaret for medicindispensering, også har et ansvar for at sikre en samlet faglig vurdering af patientens helbredssituation og evne til at varetage den ordinerede behandling, som fx selvadministrerende. Vi vurderer også, at behandlingsstedet har pligt til at reagere og orientere eller efterspørge mangler hos den behandlingsansvarlige læge, når de vurderer, at patienten ikke er i stand til at varetage opfølgning og kontrol for at sikre tydelige aftaler om, hvilke opgaver og ansvar behandlingsstedet har for observationer, opfølgningen og kontrol.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen. Vi konstaterede bl.a. manglende dokumentation af ikke-dispenserbar medicin med et risikosituationslægemiddel. Manglende dokumentation skaber usikkerhed om, hvorvidt patienten har fået den ordinerede medicin og indebærer en risiko for, at medicinen administreres flere gange end ordineret. Desuden har vi lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når en patient med nedsat immunforsvar, ikke har den nødvendige medicin i beholdningen, så der kan opstartes behandling rettidigt og derved risikere unødvendig forværring i patientens tilstand.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, vurderer vi, at instruksen for medicinhåndtering 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

Vi vurderer, at de påviste mangler var gennemgående og havde et stort omfang. Vi har lagt vægt på at de omfattende mangler i journalføringen og et højt forbrug af vikarer udgør en konkret risiko for utilstrækkelige observationer, pleje og behandling.

Manglerne indebærer samlet set kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi vurderer dog samtidigt, at behandlingsstedet havde forståelse for alvorligheden af manglerne og for, hvad der skulle til for at rette op på dem.

2. Krav

Krav

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

Nummer	Navn	Krav
1.	Organisering og ledelsens ansvar	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejdere er instrueret i at udføre opgaverne efter fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser.
2.	Instruks for journalføring	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt.
3.	Indhold, form og sprog i journalen	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der lægges en plan for patientens pleje og behandling ud fra patientens aktuelle problemer og risici.• Behandlingsstedet skal sikre, at evaluering og opdatering af planen for pleje og behandling journalføres.• Behandlingsstedet skal sikre, at patienten vurderes ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder.• Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.• Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling journalføres.• Behandlingsstedet skal sikre, at vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder journalføres.• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol.

		<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuell pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.
6.	Instruks for medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejdere har de fornødne kompetencer og kender deres ansvar i forbindelse med medicinbehandling.
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.• Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.• Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, ikke er overskredet.
8.	Medicinlister	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/ Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste.• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvem der administrerer patientens medicin, herunder om patienten er selvadministrerende.• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.
9.	Overgange i patientforløb til og fra primærsektor (plejecentre, hjemmepleje, bosteder med videre)	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved modtagelse af patient fra andre behandlingssteder eller sygehuse er fastlagte arbejdsgange for, hvordan behandlingsstedet modtager og anvender oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling, herunder medicinsk behandling.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar		X		Behandlingsstedet redegjorde for, at de havde en instruks for delegering og overdragelse af sundhedsfaglige opgaver på tværs af faggrupper på behandlingsstedet. På baggrund af de konstaterede fund i journalføringen vurderer vi, at arbejdsgangen ikke var efterlevet i praksis, da der ikke var foretaget relevante og løbende vurderinger af ændringer i patientens tilstand.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring		X		Behandlingsstedet havde en instruks for journalføring. På baggrund af de gennemgående mangler i journalføringen vurderer vi, at instruksen ikke var implementeret på behandlingsstedet.
3.	Indhold, form og sprog i journalen		X		Vi konstaterede, at journalføringen ikke var forståelig, idet det ikke var muligt at få et overblik over de nødvendige oplysninger vedrørende patientens helbredssituation. Der var noteret meget korte sætninger om patientens aktuelle problem, som var svære at tolke, fx "Det mærker patienten ikke." eller blot "PEP -fløjte".
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens		X		I en journal var der ikke anført funktionsnedsættelser i overblikket

	sygdomme og funktionsnedsættelser				over sygdomme og funktionsnedsættelser. Overblikket manglede opdatering af patientens aktuelle sygdomme, fx manglede der en autoimmun sygdom og af overblikket fremgik der også sygdomme, som ikke længere var aktuelle.
--	-----------------------------------	--	--	--	--

Faglige fokuspunkter

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling		X		<p>Hos en patient med stomi, kræftsygdom, stofskiftesygdom og flere afledte helbredsproblematikker var det gennemgående, at det ikke fremgik af journalen, om der var foretaget en faglig vurdering af patientens aktuelle problemstillinger og risici. Det fremgik ikke, om der var iværksat pleje og behandling eller foretaget opfølgning på patientens tilstand.</p> <p>Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, at der var foretaget faglige vurderinger i forhold til patientens problemstillinger og de havde ikke forholdt sig til, hvilke opgaver og ansvar de havde i relation til disse problemstillinger. Journalen manglede også beskrivelser af hvilke aftaler, der var indgået med den behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol.</p> <p>Det fremgik af medicinlisten, at patienten var i blodfortyndende behandling, men denne problemstilling var ikke beskrevet. Det fremgik ikke, hvilken behandlingsplan der var lagt, eller om der var foretaget faglige vurderinger af hvilke observationer,</p>

				<p>der var relevante for personalet at foretage i den forbindelse. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for aftalerne eller behandlingsplanen. Ligesom de ikke fyldestgørende kunne redegøre for relevante observationer.</p> <p>I journalen var der beskrevet, observationer omkring fald, svimmelhed og rysten på hænderne og det fremgik, at patienten brugte rollator udenfor, men ved tilsynet blev det observeret, at patienten også anvendte rollator indenfor. Det fremgik ikke af journalen, at der var foretaget en vurdering af den ændring der havde været i patientens tilstand, eller om der var fulgt op på patientens svimmelhed og fald. Behandlingsstedet oplyste, at der efter fald skulle udføres faldudredning og faldregistrering, men dette fremgik ikke af journalen. Behandlingsstedet kunne redegøre for, at der var en opgave hos sygeplejersken og terapeuten på udredning af problemstillingen, men det var ikke foretaget, ligesom de ikke kunne redegøre for, hvornår det var planlagt at foretage opfølgning på ændringer i tilstanden.</p> <p>I en stikprøve fremgik det af oversigten over vægtregistrering, at patienten havde et vægttab. Patienten var kritisk syg og det var ikke muligt at finde yderligere oplysninger og vurderinger i journalen. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for patientens ernæringsproblem. Behandlingsstedet kunne redegøre for den generelle praksis ved vægttab, men denne var ikke fulgt.</p> <p>I en stikprøve manglede der beskrivelse af patientens mave- tarm funktion, hvilke observationer, der skulle foretages og hvilke aftaler der var med den behandlingsansvarlige</p>
--	--	--	--	---

					<p>læge om behandlingen, opfølgning og kontrol. Behandlingsstedet redegjorde for, at flere forskellige afføringsmidler var pauseret på grund af diarre, men kunne ikke oplyse hvilket ansvar, de havde for at foretage observationer og opfølgning. Det fremgik af medicinlisten, at patienten var delvis selvadministrerende med afføringsmiddel, men behandlingsstedet udleverede også afføringsmiddel og hjalp dagligt med stomipleje. Behandlingsstedet oplyste på forespørgsel, at patienten måske ikke havde compliance til at varetage behandlingen. Behandlingsstedet havde dog ikke handlet på dette og vurderet, om den behandlingsansvarlige læge skulle orienteres herom.</p> <p>I en stikprøve hos en psykiatrisk patient med diabetes var der flere tilfælde, hvor det ikke fremgik af journalen, om der var foretaget en faglig vurdering af patientens problemstillinger. Behandlingsstedet oplyste, at der var en fastlagt arbejdsgang for at vurdere og beskrive de 12 sygeplejefaglige problemområder, men denne var ikke fulgt. Fx. fremgik det ikke af journalen, hvilke forebyggende indsatser med fodterapeut og synskontrol, der var iværksat. Behandlingsstedet redegjorde for, at patienten havde mulighed for fodterapeut via et socialt netværkstilbud i kommunen, men behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvornår der var foretaget kontrol hos fodterapeuten. Behandlingsstedet oplyste, at patienten var opereret for øjensygdom og nu ikke brugte briller, men dette var ikke opdateret i journalen.</p> <p>I en stikprøve, hvor patienten var i behandling med medicin for psykisk</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>sygdom, fremgik det af journalen, at der skulle følges op med daglige besøg. Der manglede en beskrivelse af patientens behandling og hvilke observationer, der var relevante at følge op på. Behandlingsstedet oplyste, at behandlingsansvaret var overgået til den praktiserende læge og der var ikke efterspurgt en plan for, hvilke observationer lægen ønskede en tilbagemelding på. Behandlingsstedet redegjorde for, at der ikke var observeret symptomer på psykisk sygdom.</p> <p>I en stikprøve var der flere problemstillinger omkring huden, som fremgik af observationsnotater med billeder. Det fremgik ikke af journalen, om det var udslet, eksem, hudinfektion eller hvordan symptomerne kom til udtryk eller hvilken plan der var lagt, herunder hvilke observationer der kunne være relevante at foretage i forhold til patientens hudlidelser eller hvordan der skulle følges op. Behandlingsstedet kunne redegøre for, at hudområderne blev vasket og tørret dagligt samt at det var i bedring.</p> <p>Af en korrespondance til egen læge fremgik det, at patienten skulle vurderes ved lægen, men dette var ikke beskrevet i problemstillingen.</p>
--	--	--	--	--	---

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Instruks for medicinhåndtering		X		På baggrund af de konstaterede medicinfund vurderer vi, at instruksen ikke var implementeret.
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter		X		I en stikprøve manglede patientens navn på et præparat.

					<p>I en stikprøve manglede der penicillin i beholdningen. Dette skulle anvendes i tilfælde af patienten fik feber. Det fremgik, at flere medarbejdere ved dosering havde kvitteret for, at det var i beholdningen.</p> <p>I en stikprøve var der flere løse tabletter opbevaret i ikke aktuel medicin.</p> <p>I en stikprøve var der dispenseret med to præparater, hvor holdbarhedsdatoen var udløbet i henholdsvis 02-2026 og 11-2025.</p>
8.	Medicinlister		X		<p>I en stikprøve var medicinlisten ikke opdateret. Der stod anført, at patienten var selvadministrerede på afføringsmiddel en gang i døgnet, og at medarbejderne administrerede afføringsmiddel en gang i døgnet. Dette var ikke korrekt og der blev redegjort for, at patienten var selvadministrerende.</p> <p>I en stikprøve manglede det aktuelle handelsnavn på tre præparater.</p> <p>Der manglede kvittering for insulin administration den 3/5 2026 og den 5/5 2026.</p>

Overgange i patientforløb

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Overgange i patientforløb til og fra primærsektor (plejecentre, hjemmepleje, bosteder med videre)		X		Ved interview redegjorde behandlingsstedet for, hvordan de sikrede, at relevante oplysninger om patienternes tilstand, pleje og behandling samt opfølgning og kontrol blev modtaget og overdraget mellem samarbejdspartnere ved overgange i patientforløbene. I forbindelse med journalgennemgangen konstaterede

					vi eksempler på, at denne praksis ikke blev fulgt. Det drejede sig fx om manglende opfølgning på kritisk sygdom, hvor sygdommen var eskaleret og behandlingen overgik til anden afdeling.
--	--	--	--	--	---

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hjemmeplejen Beder/Malling er en hjemmeplejeenhed i Aarhus Kommune.
- Der er aktuelt tilknyttet 229 borgere, som modtager hjælp til personlig pleje og praktiske bistand samt sundhedsfaglig pleje og behandling.
- Der er ansat 64 medarbejdere med følgende faglig baggrund: fysioterapeut, ergoterapeut, 5 sygeplejersker, 10 social- og sundhedsassistenter, 18 social og sundhedshjælpere, 20 ufaglærte på fast time antal, 3 timelønnede afløsere og 5 ufaglærte som havde planlagte timer.
- Ledelsen oplyste, at der var en vakant stilling som sygeplejerske og en stilling i aftenvagt.
- Ledelsen oplyste ved tilsynet, at der havde været et stort forbrug af vikarer siden januar 2026 og i april 2026 var der et forbrug af vikarer på 17 %.
- Der varetages sundhedsfaglige opgaver på behandlingsstedet, som eksempelvis, dispensering og administration af medicin, injektionsbehandling, sårpleje og palliativ pleje.
- Der samarbejdes med praktiserende læger, sygehuse og specialafdelinger samt kommunens specialfunktioner indenfor sundhed og ældre.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet. Hvis tilsynet var en opfølgning på et tidligere tilsyn, anvendes datoen for det første tilsynsbesøg.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemført interview om instrukser.
- Der blev gennemgået to journaler, hvor af en var udvalgt på forhånd og en blev udvalgt på tilsynsbesøget.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter.

Ved tilsynet deltog:

- Anne Mette Thomsen, leder
- Helene B. Larsen, viceleder
- Fire udvalgte medarbejder
- En farmakonom
- Repræsentant fra kommunens kvalitets afdeling
- Kompetenceudviklende sygeplejerske
- dokumentationskoordinator

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Lone Stougaard, distriktschef pleje og rehabilitering syd
- Anne Mette Thomsen, leder
- Helene B. Larsen, viceleder
- Fire udvalgte medarbejder
- En farmakonom
- Repræsentant fra kommunens kvalitets afdeling
- Kompetenceudviklende sygeplejerske
- dokumentationskoordinator

Tilsynet blev foretaget af:

- Jane Filtenborg Bjerregaard, oversygeplejerske
- Britta Futtrup Sørensen, oversygeplejerske

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.