



# Tilsynsrapport Nældebjerg Plejecenter

Risikobaseret, planlagt tilsyn med plejehjem,  
2018

**Nældebjerg Plejecenter**  
**Rådhusolmen 8**

**2670 Greve**

CVR- eller P-nummer: 1008497555

Dato for tilsynet: 07-12-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-2834/1

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af den 4. marts 2019, som opfylder styrelsens anmodninger. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 7. december 2018 vurderet at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på Nældebjerg plejecenter er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. Ved tilsynet fremstod plejecenteret sundhedsfagligt velorganiseret og at ledelse og personale arbejdede målrettet med implementering af en ny elektronisk patientjournal.

Der er vurderingen lagt vægt på, at alle målepunkter vedrørende instrukser i forbindelse med patienternes behov for behandling, undtaget én, er vurderet opfyldt. Instrukser for hygiejne og adrenalin samt målepunkterne vedrørende patienternes retsstilling, er ligeledes vurderet opfyldt.

Det er styrelsen vurdering, at Nældebjergcentrets største udfordring er at sikre overskuelighed, systematik og overførsel af data i den nye journal i forbindelse med implementering af denne. I Nexus var de formelle krav om overskuelighed og systematik i dokumentationen ikke opfyldt og der var mangler i dokumentationen af patienternes potentielle problemer. På de problemområder hvortil der ikke er relateret en visitation, manglede faglig vurdering og beskrivelse af patientens potentielle problemer. Personalet vidste dermed ikke hvordan de skulle sikre beskrivelse af patientens potentielle problemer i Nexus under disse områder. Fravær af helbredsoplysninger gør det vanskeligt at få et hurtigt og samlet overblik over patientens situation og derved sikre den nødvendige pleje og behandling.

Ligeledes vurderer styrelsen at vikarer skal have adgang til at læse og notere i journalen med egen log- ind kode. Styrelsen vurderer at manglende adgang til at skrive og læse notater i journalen udgør en risiko for patientsikkerheden, særlig i akutte situationer.

Styrelsen fandt mindre mangler i relation til medicineringsområdet. Patienterne havde fået korrekt medicin og manglerne vurderes let at kunne udbedres og var således af mindre betydning for patientsikkerheden.

Det er styrelsens indtryk at ledelse og personale på plejecentret gjorde en stor indsats for at finde løsninger for skabe overblik og systematik i dokumentationen af hensyn til patientsikkerheden, men at der manglede en overordnet plan for arbejdsgange, ansvarsfordeling og dokumentation i Nexus. Styrelsen finder at disse forhold kræver udarbejdelse af en handleplan for implementeringen, således at journalføringen i Nexus bliver entydig for personalet og at dokumentationen, f.eks. under de 12 sygeplejefaglige områder, er tidstro og løbende opdateret og dermed er patientsikker. Det er samtidig styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ved at følge handleplanen og den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen vurderer således, at der er samlet set er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Målepunkterne vedrørende de fleste instrukser om patienternes behov for behandling, herunder instruks for adrenalin, instruks for hygiejne og patienters retsstilling blev vurderet opfyldt.

Der var uopfyldte målepunkter under 8 målepunkter som udløser 11 henstillinger under områderne "*Behandlingsstedets organisering*", "*Journalføring*", "*Faglige fokuspunkter*" og "*Medicinhåndtering*" og "*Øvrige fund*".

Målepunktet under "*Behandlingsstedets organisering*" var ikke opfyldt, og udløser 1 henstilling, om at vikarer får adgang til journalen (målepunkt 1)

Målepunktet under "*Journalføring*" var ikke opfyldt og udløser 2 henstillinger om at sikre systematik og overskuelighed i journalen samt at sikre tilgængelighed til journalen til relevant personale der deltager i patientbehandlingen (målepunkt 2,2).

Under området "*Faglige fokuspunkter*" var 4 uopfyldte målepunkter som udløser 4 henstillinger. Instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger var ikke fyldestgørende, der manglede enkelte sygdomme og funktionsnedsættelser, og der manglede fyldestgørende beskrivelse af pleje og behandling samt forebyggende tiltag bl.a. i forbindelse med diabetes (målepunkt 5,6,7,8).

Under områder "*Medicinhåndtering*" var 2 uopfyldte målepunkter hvilket udløser 3 henstillinger under dokumentation og opbevaring af enkelte præparater. Manglerne var ikke gennemgående i flere stikprøver og patienterne havde fået korrekt medicin målepoint 11,11,12).

"*Øvrige fund*" medfører 1 henstilling om, at der udarbejdes en plan for implementering af den nye journal, herunder ansvar og opgavefordeling i dokumentation (målepunkt 16).

Detaljerede fund kan ses i oversigten: Fund ved tilsynet

## Henstillinger

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

- Ledelsen kan redegøre for personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling, herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver (målepunkt 1).
- At formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 2).
- Notaterne skal være tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen (målepunkt 2).
- At ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger og sikrer, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme (målepunkt 5).
- At der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 6).
- At den sundhedsfaglige dokumentation som minimum skal indeholde beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 7).
- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8).
- At der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin (målepunkt 11)
- At der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for p n. medicin (målepunkt 11)
- At aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold nævnt nedenfor er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlige (målepunkt 16).

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten. Der skal desuden indsendes en handleplan for implementering af den nye journal, herunder ansvar og opgavefordeling for dokumentation i Nexus, således at der er mulighed for tidstro og løbende opdatering af ændringer i patientens funktionsniveau under de de 12 sygeplejefaglige problemområder, og for hvordan eksterne vikarer får adgang til journalen (målepunkt 1, 2 og 16).

Handleplanen bedes fremsendt indenfor 3 uger.

## 2. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		x		Instruksen omfattede ikke vikarer. Det blev oplyst at plejecenteret sjældent anvendte eksterne vikarer, og når det hændte var det overvejende vikarer for social-og sundhedshjælpere.
2: <u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		x		<p>I ingen af de tre stikprøver var alle data fra den tidligere journal overført til den nye journal (Nexus), dette medførte:</p> <p>1) uoverskuelighed og mangel på systematik i journalføringen.</p> <p>2) Derudover var tilgængelighed til journalen for relevant fast personale og for eksterne vikarer, ikke opfyldt.</p> <p>Ad 1) Det blev oplyst, at det er praksis i kommunen, at det er den centrale visitation og centersygeplejerskerne der udfylder området "<i>Generelle oplysninger</i>" om borgerens sygdomme/funktionsnedsættelser og aktuelle/ potentielle problemstillinger inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der udfyldes kun oplysninger i det omfang, det har betydning for hvilke ydelser patienten skal/er visiteret til.</p> <p>For de problemområder, hvor beboerne enten ikke har problemer eller har potentielle problemer, hvor der ikke er relateret en given visitation og indsats, var der ingen systematisk beskrivelse af patientens potentielle problemer, og ingen tydelig markering af at problemområdet var vurderet. Det er uklart for personalet hvordan de skal dokumentere under disse problemområder. I disse situationer overførte personalet derfor beskrivelser af potentielle helbredsproblemer fra den tidligere journal til døgnrytmeplanen i Nexus, for at oplysningerne ikke skal gå tabt når den tidligere journal lukkes.</p>

					<p>Ad 2) Hverken plejecentrets gruppeledere, basissygeplejersker eller social-og sundhedsassistenter kan, ved ændringer i patientens tilstand, selv oprette tilstande og tilhørende indsatser, men skal samarbejde med centersygeplejersken om dette (se ovenfor under ad 1). Hvordan og af hvem dette gøres når centersygeplejersken ikke er tilstede er uklart.</p> <p>Det blev endvidere oplyst at eksterne vikarer ikke får udleveret en log ind kode til journalen, og således ikke har adgang til selv at læse eller skrive i denne.</p>
--	--	--	--	--	--

### Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3:	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme</u>	x			
4a:	<u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u>	x			
4b:	<u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
5:	<u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u>		x		<p>Det fremgik at der er gode arbejdsgange i praksis i samarbejdet med behandlende læger. Den centralt udarbejdede instruks om samarbejdet, kunne dog med fordel uddybes. Instruksen manglede beskrivelse af personalets ansvar og opgaver i samarbejdet med den behandlende læge, f.eks. ved ændringer i pt.'s tilstand og ved ændringer i medicinen.</p>

6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		x		I to af tre stikprøver manglede oversigten enkelte oplysninger. I en af stikprøverne manglede enkelte behandlingskrævende sygdomme/funktionsnedsættelser f.eks. tendens til mavesår og årsagen til behandling med jern.
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I en af tre stikprøver manglede beskrivelse af symptomer på hypo-og hyperglykæmi.
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		x		I en af tre stikprøver var beskrivelsen i af behandling og pleje ved diabetes ikke fyldestgørende beskrevet. Personalet målte daglige blodsukkerværdier, men det fremgik ikke af journalen hvilke aftaler der var med lægen om niveau for det laveste blodsukker og hvordan personalet skulle reagere ved hypoglykæmi f.eks. hvornår de skulle give det ordinerede Glukagon. Endvidere var det ikke dokumenteret, at der var iværksat fodpleje med henblik på at forebygge senfølger af diabetes. Personalet redegjorde mundtligt for dette.

## Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9a: <u>Gennemgang af instruks for rammedelegation. Instruks opfylder krav</u>	x			
9b: <u>Interview om instruks for rammedelegation. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
10a: <u>Gennemgang af instruks for medicinhåndtering. Instruks opfylder krav</u>	x			
10b: <u>Interview om instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			

11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		x		I to af tre journaler var enkelte mangler i dokumentation af den ordinerede medicin. I en af stikprøverne kunne det ikke vurderes om der var overensstemmelse mellem ordinationen på medicinlabel og ordinationen i medicinlisten, da label på medicinen var kasseret. I en anden stikprøve manglede angivelse af den maksimale døgndosis for et p.n. præparat.
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinbehandling og medicinopbevaring</u>		x		I en af tre stikprøver var et uaktuelt antidepressivt præparat ikke adskilt fra den aktuelle medicin.
13:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	x			

## Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14a <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: samtykkekompetence/handleevne</u>	X			
14b <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>	x			

## Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15: <u>Interview om behandlingsstedet har en procedure for hygiejne</u>	x			



## Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
16:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	<p>Nældebjergcentret er, sammen med resten af Greve Kommune, overgået til KMD Nexus og Fælles SprogIII d. 6. 11.18. Alle data fra den tidligere journal var endnu ikke overført fra den tidligere patientjournal til Nexus. Det var derfor ikke muligt at få det nødvendige overblik alene i Nexus, hvorfor journalgennemgangen er gennemført både i Nexus og i den tidligere patientjournal, som der vil være kigge-adgang til i ca. 6 måneder.</p> <p>Det er styrelsens indtryk at personalet var usikre på flere forhold vedrørende journalføringen i Nexus (se målepunkt 2)</p> <p>Det blev oplyst, at det er den centrale visitation og centersygeplejerskerne der udfylder oplysninger om borgerens aktuelle og potentielle problemstillinger, men kun i det omfang, at det har betydning for hvilke ydelser patienten skal/er visiteret til. Det er uklart, hvem der skal notere de problemområder, som ikke har relation til en given visitation. Der mangler generelt en overordnet plan for arbejdgange og ansvarfordeling, således at det sikres, at Bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler og Vejledningen om sygeplejefaglige optegnelser overholdes i Greve Kommunes brug af Nexus og Fælles SprogIII.</p>

## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Nældebjerg Plejecenter er et af Greve Kommunes 3 plejecentre. Plejecenteret ledes af sygeplejerske Marianne Mouritsen Jensen.
- Der er 74 pladser, hvoraf nogle er til ægtefæller. Der var 68 beboere ved tilsynet.
- Beboerne er fordelt i 3 grupper hvoraf den er en skærmet enhed til beboere med demenslidelser
- Der er ansat en gruppeleder (1 ergoterapeut og 2 sygeplejersker) og 1 centersygeplejerske til hver gruppe. Derudover er ansat 2 basissygeplejersker og der satses på at få ansat en tredje basissygeplejerske. Derudover er ansat ca. 33 social-og sundhedsassistenter og 23 social-og sundhedshjælpere.
- Der er sygeplejersker i dagvagt og undertiden i aftenvagt. I weekenderne deles sygeplejerskerne fra kommunens tre plejecentre om dagvagterne. Der er social-og sundhedsassistenter hele døgnet. Fra kl. 15-8 kan kommunens hjemmesygepleje tilkaldes.
- På daglige tavlemøder i hver gruppe, hvor også centersygeplejerske deltager, triageres alle beboeres tilstand, og centersygeplejersken opretter herefter "Tilstande og indsatser" i journalen ved ændringer i beboernes tilstand.
- Plejecenteret udfører regelmæssig intern audit på medicin og journalaudit på 2 beboere hver måned og er med i kommunens årlige audits.
- Plejecenteret er med i projekt sikre hænder og i sundhedsstyrelsens BPSD projekt.
- Der er ansat en praktiserende læge som kommer 1 time en gang om ugen og er læge for ca. 50% af beboerne.
- I forbindelse med implementering af den nye omsorgsjournal 6.11.2018 er nedsat en "Nexusgruppe" sammen sat af alle faggrupper og udpeget superbrugere, og udarbejdet en plan for implementering.

### Om tilsynet

- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentationen for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til: Plejecenterleder Marianne Mouritsen Jensen, 2 centersygeplejersker, 3 gruppeledere og 2 basissygeplejersker.
- Tilsynet blev foretaget af: Marianne Olander, sygeplejefaglig konsulent.

## 4. Bilag

---

# Uddybning af målepunkter

### Behandlingsstedets organisering

#### 1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

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

↑Tilbage til oversigt

### Journalføring

#### 2: Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere journalføringen.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet

- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige at orientere sig i, herunder om autoriserede sundhedspersoner kan forstå udrednings- og behandlingsforløbet samt diagnoser, såfremt de foreligger
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvad der evt. foreligger på papir
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## Faglige fokuspunkter

### 3. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme. Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at forholde sig i forbindelse med pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme hos patienter.

Referencer:

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

↑ [Tilbage til oversigt](#)

### 4. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

**4a.** Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- 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
- hvem der i den konkrete sammenhæng anses for at være den behandlingsansvarlige læge
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvorhenne den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.
- 

**4b.** Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkter.

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](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

## **5. Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge**

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale med henblik på at vurdere deres samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

Referencer:

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

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## **6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

### ***Herunder særligt ved patienter med diabetes***

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af:

- blodsuktermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

### ***Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom***

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder, hvor hjemmesygeplejen er involveret:

- aftaler om opfølgning på den antipsykotiske behandling, og herunder hvem der er den behandlingsansvarlige læge
- aftaler om behandling af og opfølgning på misbrugsbehandling og samtidig behandling af somatisk sygdom, som fx diabetes og hjertekarsygdomme.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med](#)

[psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

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

↑ **Tilbage til oversigt**

## **7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer**

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på, 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.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i relevant 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.

### ***Herunder særligt ved patienter med diabetes***

- beskrivelse af symptomer på hypo- og hyperglykæmi
- beskrivelse af regulering af diabetes, herunder tegn på begyndende/eksisterende senkomplikationer
- beskrivelse af behov for mund- og tandpleje samt eventuelt behov for kontakt til omsorgstandpleje/tandlæge.

### ***Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom***

- beskrivelse af ændringer i symptombillede og sindstilstand, der kræver kontakt til den behandlingsansvarlige læge
- beskrivelse af ændringer i vejrtrækningsmønstre, øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, og herunder risiko for at udvikle fx hjertekar sygdomme og diabetes
- beskrivelse af ændringer i bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

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

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.



Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

### ***Herunder specifikt ved patienter med diabetes***

- Der er taget kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke ved mistanke om begyndende udvikling af hypo- og hyperglykæmi og diabetiske senkomplikationer.
- Det bør fremgå, hvad det acceptable behandlingsniveau er for den specifikke patient, ordineret af den behandlingsansvarlige læge
- Det bør fremgå, hvilke forebyggende indsatser der er planlagt og udført i forhold til senkomplikationer, samt hvad der er planlagt og udført i forhold til opfølgningen herpå.
- det bør fremgå, at der er taget stilling til og informeret om relevante rehabiliterings-/sundhedstilbud for diabetes patienten.
- Det bør fremgå, at information om kommunale rehabiliterings-/sundhedstilbud, sker ved sygdomsdebut og løbende, med henblik på at igangsætte tilbud, når patienten er motiveret.

### ***Herunder specifikt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom***

- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i patientens bevidsthedsniveau, eller ændringer i et misbrugsmønster.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i fx kardielle symptomer eller symptomer på diabetes.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved observation eller mistanke om ændring af sindstilstand.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

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

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

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

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## Medicinhåndtering

### 9: Gennemgang af og interview om instruks for rammedelegation

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen og interviewer personalet, om de kender og følger instruks. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed.

**9a.** Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:

- at omfang, og håndtering af rammedelegation er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.
- 

**9b.** Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkt.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

### 10. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver

medicin håndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

**10a.** Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan:

- - personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
  - personalegruppernes kompetence er i forhold til medicin håndtering
  - proceduren for dokumentation er af medicinordinationer
  - personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
  - medicin dispenseres
  - dosisdispenseret medicin håndteres
  - det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, kemoterapi etc.
  - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
  - personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

**10b.** personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

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](#)

↑Tilbage til oversigt

## 11: 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 enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. -medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

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

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

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## 12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicinhåndtering og medicinopbevaring

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder kravene for dokumentation af medicinhåndtering og medicinopbevaring.

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

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vurderes det, at der ved medicinbehandling er opfyldt følgende:

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

Referencer:

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

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

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

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

↑ [Tilbage til oversigt](#)

### 13: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personalet med henblik på at vurdere, at der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling, med mindre den ordinerende læge har vurderet at dette ikke er nødvendigt.

Ligeledes vurderes det ved interview, om 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](#)

↑Tilbage til oversigt

## Patienters retsstilling

### 14: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med fokus på:

**14a. samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet 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.

•

**14b. informeret samtykke:** Det skal derefter fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14. september 1998](#)

[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](#)

[Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## Hygiejne

### 15: Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/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 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:

[Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18. august 2017, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

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

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Øvrige fund

### 16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)



# 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 behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>2</sup>.

## BAGGRUND

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn<sup>3</sup>. Det indebærer, at styrelsen ved tilrettelæggelsen af tilsyn og læringsaktiviteter overordnet lægger vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger behandlingssteder<sup>4</sup> til tilsyn, dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>5</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder.

Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg i 2018 er medicinhandling og overgange i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

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 styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

---

<sup>1</sup> Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 5.

<sup>3</sup> Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

## Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varsling af behandlingsstedet 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse<sup>6</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>7</sup>.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk) under Målepunkter. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt<sup>8</sup>. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under Tilsynsrapporter.

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside<sup>9</sup>.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på [sundhed.dk](http://sundhed.dk)<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>8</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

<sup>10</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende 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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan 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 Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>11</sup>

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde 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>12</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

---

<sup>11</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>12</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1