



Tilsynsrapport Sommersted Plejehjem

Sundhedsfagligt, Reaktivt - Udgående tilsyn

Plejeområdet 2022

Sommersted Plejehjem
Kirkevej 6A
6560 Sommersted

CVR- nummer: 29189757 **P-nummer:** 1003479186 **SOR-ID:** 1002901000016001

Dato for tilsynsbesøget: 28-04-2022

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

Sagsnr.: 35-2011-8894

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget bemærkninger til de faktuelle forhold i rapporten vedrørende antallet af ansatte medarbejdere, samt hvilken borger fundet vedr. udløbet medicin i et fælles køleskab tilhørte. Ændringerne er skrevet ind i rapporten.

Behandlingsstedet har også bemærket, at man ikke kan genkende, at der skulle mangle afføringsmedicin hos en af de tre stikprøver. Styrelsen for Patientsikkerhed fastholder, at medicinen ikke kunne fremfindes under tilsynet. Behandlingsstedet har også bemærket, at medarbejderne fulgte behandlingsstedets instruks i deres praksis med at makulere bilag til journalen, der udgjorde dokumentation for administration af ikke-dispenserbar medicin. Det er vores vurdering, at både instruks og praksis dermed strider imod bestemmelserne i bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler. Bemærkningerne er vurderet, men giver ikke anledning til, at vi ændrer vores vurdering.

Vi har desuden modtaget en plan, der beskriver tiltag for at rette op på manglerne i relation til kompetencer og delegation, sygeplejefaglige vurderinger og sundhedsfaglig journalføring samt medicinhåndtering.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de fejl og mangler, vi konstaterede ved tilsynet. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Vi har derfor den 1. juni 2022 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

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 **28-04-2022** vurderet, at der på **Sommersted Plejehjem** er

kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Behandlingsstedets organisering

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedet ikke fulgte instruksen for delegation, og at der ikke blev foretaget en systematisk vurdering af de sundhedsfaglige opgaver, samt hvilke medarbejdere og faggrupper der havde kompetencer til at udføre opgaverne.

Ligeledes blev det ikke systematisk dokumenteret, hvilke medarbejdere der var oplært til opgaverne eller fulgt op på deres kompetencer.

Det er vores vurdering, at manglende implementering af instrukser, herunder instrukser for delegeret lægeforbeholdt virksomhed, udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, idet der er behov for tydelig rammesætning og instruktion af ikke-lægefagligt personale, da det ellers ikke er sikret, at delegeret lægeforbeholdt virksomhed udføres af medarbejdere, som har de rette kompetencer til opgaven.

Sundhedsfaglig vurdering og dokumentation

Vi har lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation fremstod usystematisk, og at vi fandt gennemgående mangler i beskrivelserne af patienternes aktuelle helbredstilstand, aktuel pleje og behandling samt opfølgning og evaluering. Vi har desuden lagt vægt på, at der ikke blev henvist til bilag, som udgjorde en del af patientjournalen. Vi har lagt vægt på, at nogle af disse bilag desuden ikke var blevet gemt som en del af journalen.

Vi vurderer, at behandlingsstedet ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang vurderede og beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger samt den afledte pleje og behandling og opfølgning og evaluering på planlagt pleje og behandling. Ligeledes at der i flere tilfælde var manglende kendskab til aftaler med behandlingsansvarlige læger om kontrol og opfølgning på patienternes behandling.

Det er vores vurdering, at manglerne ikke alene kunne henføres til manglende journalføring, men også i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse af tilstrækkelige og nødvendige sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning og evaluering af patienternes tilstand. Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis der ikke observeres og følges op på patienternes smerter, hvis der ikke foretages relevante observationer efter fald, eller hvis observationer, der er vurderet fagligt nødvendige, ikke foretages.

Mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling samt ved håndtering af en eventuel akut situation.

Medicinhåndtering

På baggrund af de fejl, der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Vi vurderer, at det er en skærpende omstændighed, at der blev varetaget injektionsbehandling uden det fornødne adrenalinberedskab.

Vi har lagt vægt på, at der var mindre mangler i medicininstruksen vedrørende identifikation af patienten og patientens medicin. I den forbindelse har vi også lagt vægt på, at der blev redegjort for en sikker praksis, hvilket vi også observerede under tilsynet.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Det forhold, at de påviste mangler blev fundet i relation til ansvars- og kompetenceforhold, sundhedsfaglig vurdering og journalføring samt medicinbehandling betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for ansvars- og kompetenceforhold og den sundhedsfaglige dokumentation og kræver målrettet arbejde med systematisk vurdering af delegation af forbeholdt lægeforbeholdt virksomhed og sygeplejefaglige vurderinger og dokumentation, inden målepunkterne kan opfyldes.

På baggrund af fundene vedr. manglende adrenalinberedskab vurderer styrelsen, at der var tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet har efter tilsynet indsendt dokumentation for tilstrækkeligt adrenalinberedskab i form af nyt indkøbt adrenalin og instruks for administration af adrenalin. På baggrund af dette vurderer styrelsen, at der nu er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav og henstillinger

Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer - Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand - Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand - Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap - Behandlingsstedet skal sikre, at ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende	Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos

	aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning • Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår • Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet • Behandlingsstedet skal sikre, at der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		Der forelå en overordnet instruks for delegation og en beskrivelse af de forskellige faggruppers kompetencer. Denne var dog ikke kendt og anvendt blandt medarbejderne. Ifølge instruksen skulle en sygeplejerske f.eks. vurdere alle patienter i forhold til, om sundhedsfaglige opgaver kunne delegeres, hvilket ikke skete systematisk, ligesom der heller ikke var en systematisk praksis for, at sygeplejersken fulgte op på de delegerede opgaver. Der manglede ydermere dokumentation for, at medarbejderne var oplært til at varetage opgaver, som ikke lå indenfor deres grundkompetence. Det var f.eks. besluttet at alle medarbejdere skulle kunne måle blodtryk, puls og temperatur, men der var ingen kompetenceskemaer, der beskrev, hvilke medarbejdere der var oplært, hvornår de var oplært, hvem der havde oplært dem og hvordan der blev fulgt op på medarbejdernes kompetencer til fortsat at udføre konkrete delegerede opgaver.

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		Det var gennemgående i journalerne, at journalføringen ikke var entydig, systematisk og overskuelig, hvorved det var vanskeligt at få overblik over patienternes aktuelle helbredsproblemer, sygdomme og

					funktionsnedsættelser samt aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Ligeledes var der eksempler på at mange af de aktuelle helbredsproblemer, behandling og opfølgning kun var beskrevet i kontinuerlig række af observationer, hvilket gjorde det svært for personalet at finde. Der blev benyttet bilag på papir til dokumentation af administration af ikke dispenserbar medicin og observationsskemaer. Der var ikke henvist til disse i den elektroniske patientjournal.
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		Det var gennemgående i journalerne, at der var delvise mangler i den sygeplejefaglige vurdering og dokumentation af patienternes aktuelle og potentielle problemer. I en stikprøve manglede der beskrivelser af patientens problemer med funktionsniveau, bevægeapparat og smerter. Personalet kunne delvis redegøre for manglerne. I en anden stikprøve var en beskrivelse af problemer med fraktur, problemer med sygdom i ryggen, en neurologisk sygdom samt problemer med smerter ikke fyldestgørende beskrevet og løbende opdateret. Personalet kunne ikke redegøre for manglerne. I en tredje stikprøve manglede der beskrivelser af patientens problemer med cirkulation og mavesår. Patientens problemer med synet var desuden ikke fyldestgørende beskrevet. Personalet kunne delvis redegøre for manglerne.
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		Det var gennemgående i journalerne, at der manglede en oversigt over funktionsnedsættelser. Disse kunne delvis læses i den social- og plejefaglige journal. Det var gennemgående, at der manglede beskrivelser af, hvem der var behandlingsansvarlige læger samt

				aftaler om kontrol og opfølgning på patienternes sygdom og behandling. I en stikprøve var det ikke beskrevet, hvem der var behandlingsansvarlig læge eller hvilken opfølgning der var planlagt i forbindelse med blodmangel. Personalet kunne redegøre for, at det var den praktiserende læge, som var behandlingsansvarlig, men ikke om der forelå en plan for kontrol af patientens blodmangel. I en anden stikprøve var det ikke beskrevet, hvilke ambulatorier patienten var tilknyttet, i forhold til problem med faktur, rygsygdom og en neurologisk sygdom. I samme stikprøve var det ikke beskrevet, hvilke aftaler der var om opfølgning og kontrol af patientens tilstand og behandling i forhold til ovenstående problemer, og desuden i forhold til patientens iltbehandling. Personalet kunne ikke redegøre for dette. I en tredje stikprøve manglede der beskrivelse af aftaler om kontrol af patientens blodtryk. Personalet kunne ikke redegøre for det. I samme stikprøve kunne personalet redegøre for at patienten næsten var blind på grund af øjenssygdom. Dette var ikke beskrevet.
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X	Det var gennemgående i journalerne, at der var delvise mangler i beskrivelserne af aktuel pleje og behandling, og at der manglede dokumentation for systematisk opfølgning og evaluering af den aktuelle pleje og behandling. I en stikprøve, hvor en patient havde været faldet, var der ikke målt værdier i forbindelse med faldet. Dette skulle gøres som fast procedure ifølge behandlingsstedets instruks. Personalet kunne ikke redegøre for manglerne I en anden stikprøve var det beskrevet i journalen, både, at patienten skulle have halskrave på, og at patienten ikke skulle have halskrave på. Personalet kunne redegøre for manglerne. I samme

					stikprøve var der ikke fulgt op på patientens behandling mod smerter. Samme patient var i behandling med ilt. Der var ingen beskrivelse af, hvilke observationer personalet skulle gøre i den forbindelse, hvordan der skulle reageres eller hvilke grænseværdier personalet skulle forholde sig til, ved måling af iltmætning i blodet. Personalet kunne ikke redegøre for manglerne. I en tredje stikprøve var det ikke beskrevet, hvordan patienten skulle hjælpes med at forebygge inkontinens, og hvordan der skulle observeres og følges op på smerter. Der var desuden ikke konsekvent observeret og dokumenteret vedrørende patientens afføringsmønster, selvom dette var vurderet nødvendigt. Personalet kunne ikke redegøre for manglerne.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	Behandlingsstedet benyttede ikke rammedelegation

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
--	-----------	---------	--------------	--------------	---------------------

9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>		X		Det fremgik ikke klart af instruksen, hvordan personalet skulle sikre identifikation af patienten og patientens medicin. Personalet redegjorde for en relevant praksis for dette. Ud fra de fundne fejl og mangler i medicinhandteringen vurderes det, at instruksen ikke var tilstrækkeligt implementeret.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I en ud af tre stikprøver fremgik styrken på et d-vitaminpræparat ikke af medicinlisten. I to ud af tre stikprøver fremgik det aktuelle handelsnavn ikke af medicinlisten på for i alt tre præparater.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		I en stikprøve fremgik det ikke, hvem der havde administreret ikke-dispenserbar medicin og hvornår. Dokumentation af dette foregik på et papirskema, som var blevet makuleret. I en stikprøve lå der en ekstra dagsdosette med medicin. Det var ikke muligt at fastslå, hvor længe medicin havde være dispenseret eller om den fortsat var holdbar. I samme stikprøve manglede medicin i patientens beholdning. De drejede sig om et præparat, som var pauseret og et præparat, som kunne gives ved behov mod smerter. I en anden stikprøve manglede et præparat, som kunne gives ved behov mod forstoppelse. Der var ikke adrenalin til rådighed ved injektioner, da denne var udløbet. I et fælles køleskab blev der opbevaret medicin til behandling af øjensygdom til en patient, som var fraflyttet. Medicinen var desuden udløbet. I samme køleskab var det en beholder med et flydende afføringsmiddel. Der var ingen angivelse af, hvilket middel det drejede sig om, udløbsdatoen eller hvilken patient det tilhørte, da label på beholderen var fjernet.

					Ovenstående medicin og adrenalin blev bortskaffet under tilsynet.
--	--	--	--	--	---

Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>	X			

Hygiejne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	X			

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X	

4. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Sommersted Plejehjem er et selvejende plejehjem i Haderslev Kommune med en bestyrelse og driftsoverenskomst med Haderslev Kommune.
- Sommersted Plejehjem har 35 permanente plejeboliger og fire aflastningspladser. Aktuelt ved tilsynet var der 34 plejeboliger og en aflastningsplads besat.
- Målgruppen for plejeboligerne er borgere, der er visteret til en plejebolig via Haderslev Kommune. Målgruppen for aflastningspladser er primært borgere, hvor der er behov for aflastning af pårørende, eller, hvor der skal foretages vurdering borgernes behov for pleje og behandling f.eks. efter udskrivelse fra sygehuset.
- Den daglige ledelse varetages af plejhjemsleder Ann-Grete Edelborg og teamleder Gabriella Lindahl.
- Der er samlet ansat cirka 33 medarbejdere: En sygeplejerske, syv social- og sundhedsassistenter, 16 social- og sundhedshjælpere, en aktivitetsmedarbejder, tre køkkenmedarbejdere og to rengøringsmedarbejdere.
- Aften, nat og weekender benyttes den kommunale hjemmesygepleje og akutteam ved behov.
- Der tilknyttet ufaglærte timelønnede afløsere. Ved behov benyttes desuden vikarer fra eksterne vikarbureauer.
- Sommersted Plejehjem har fast tilknyttet lægehus, om er læger for ca. halvdelen patienterne.
- Der er tæt samarbejde med Haderslev Kommune, og Sommersted Plejehjem benytter Haderslev Kommunes instrukser og kommunens praksis for sundhedsfaglig journalføring.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt udgående tilsyn på baggrund af observationer af mangler vedrørende sundhedsfaglige forhold, som Styrelsen for Patientsikkerhed observerede ved et ældretilsyn den 22. marts 2022.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2019-2022 benyttet
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre borgere, som blev udvalgt på tilsynsbesøget.

Ved tilsynet deltog: Plejhjemsleder Ann-Grete Edelborg, teamleder Gabriella Lindahl og to social- og sundhedshjælpere.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til: Ann-Grete Edelborg og teamleder Gabriella Lindahl.

Tilsynet blev foretaget af:

- Tina Kolding, oversygeplejerske
- Kent Østermark Jensen, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

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

Der er fokus på:

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

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

Journalføring

2. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én 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 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 eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle 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 helbredsmæssige 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:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

4. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og 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.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsuktermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

5. 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.

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

6. Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

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

8. 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.

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)

Medicinhåndtering

9. 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 håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- 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

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
- Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
- Lavdosis methotrexat.
- Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)
- Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
- Gentamicin
- Digoxin

Referencer:

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

- [Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

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

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling

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

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

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinhandling- 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 doseringsæsker/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
- Doseringsæsker 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
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell 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:

- [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](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

Patients retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patients 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 samtykke og hvordan det dokumenteres.

- Samtykke kompetence/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. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

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, 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. 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:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

Hygiejne

13. Observation og interview om procedurer for hygiejne

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:

- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaseret tilsyn³. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper

Vi udvælger i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

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

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

² Se sundhedsloven § 5.

³ 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.

⁴ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

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 til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet⁵. 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 tilsynet⁶. 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 vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. 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 patientsikkerheden⁷.

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 vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁸. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet⁹. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁶ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

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

¹⁰ 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 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 delvist¹¹.

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 tilsynsbesøg¹², afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, 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.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1