

Tilsynsrapport

Udeteam Handicap og Psykiatri

§83

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

Udeteam Handicap og Psykiatri §83
Vestergade 59
5471 Søndersø

CVR- nummer: 29188947 P-nummer: 1018147943 SOR-ID: 1020111000016009

Dato for tilsynsbesøget: 08-02-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-15090

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden den 4. marts 2024 haft et møde med repræsentanter fra Nordfyns kommunen og Udeteam Handicap og Psykiatri §83 plejeenheden hvor der blev aftalt en tids- og handleplan for at sikre patientsikkerheden i forholdet til medicinhåndteringen og en opdatering og beskrivelse af de 12 sygeplejefaglige vurderinger jf. påbuddet. Aftalen var, at alle journaler på patienterne i plejeenheden skulle være opdateret og gennemgået senest den 25. marts 2024.

Vi modtog den 13-3-2024 et tillæg til medicininstruksen og en tids - og handleplan for, hvordan plejeenheden i samarbejde med Nordfyns kommune ville få opdateret de sygeplejefaglige vurderinger på alle patienter tilknyttet plejeenheden. Den indeholdt også en plan for undervisning af medarbejderne i dokumentationen samt en plan for, hvordan Nordfyns kommune fremadrettet ville sikre et tættere samarbejde mellem Handicap Udeteam Psykiatri §83 og den kommunale sygepleje.

Vi har jf. den aftalte handleplan ved mødet den 4. marts 2024 fået ugentlige statusrapporter på journalgennemgangen med fokus på journalføringen af de sygeplejefaglige vurderinger på patienter tilknyttet Udeteam Handicap og Psykiatri §83 og alle patienters journaler er gennemgået indenfor den fastsatte tidsfrist.

Vi anerkender at der er gennemført en systematisk opdatering og gennemgang af alle patienternes journaler og at der nu foreligger en revideret medicininstruks og en plan for undervisning af medarbejderne.

Vi finder det dog ikke dokumenteret, at de øvrige tiltag på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Styrelsen vurderer, at behandlingsstedet ikke på tilstrækkelig vis har efterlevet påbud af 22. november 2023 . Vi har derfor ikke fundet grundlag for at ophæve påbuddet, men vil foretage

yderligere opfølgning over for behandlingsstedet.

Påbuddet er offentliggjort 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 **08-02-2024** vurderet, at der på **Udeteam Handicap og Psykiatri §83** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Behandlingsstedets organisering

Vi konstaterede, at behandlingsstedet siden sidst havde lavet aftaler med den kommunale hjemmesygepleje omkring ansvars – og opgavefordeling i vurderingen af patienternes kompleksitet, deres problemområder og behov for sundhedsfaglig pleje og behandling. Aftalen var, at hjemmesygeplejen skulle vurdere kompleksiteten, men kun for nytilkomne patienter. Vi konstaterede, at sygeplejen ikke havde foretaget en vurdering af de patienter, der aktuelt var tilknyttet behandlingsstedet, da ingen af dem var nytilkomne

Der var lavet en aftale om, at behandlingsstedet skulle kontakte den kommunale sygepleje, når patienterne blev komplekse, men det fremgik ikke af beskrivelsen af instruks for delegation, ansvars- og kompetenceforhold, hvem der på behandlingsstedet havde kompetencer til at vurdere om en patient var kompleks.

Vi konstaterede, at den manglende beskrivelse af, hvem der havde ansvar for at vurdere patienternes kompleksitet i praksis betød, at det ikke var sikret at der blev foretaget en tilstrækkelig sygeplejefaglig vurdering af kompleksiteten hos patienterne.

Det er vores vurdering, at det var uklart, hvilket ansvar, opgaver og kompetencer behandlingsstedet skulle have, for at kunne foretage de nødvendige sundhedsfaglige vurderinger af patienternes problemstillinger og vurdere patienternes kompleksitet. Dermed er det vores vurdering, at behandlingsstedet ikke havde de nødvendige forudsætninger for at vide, hvornår de skulle kontakte den kommunale sygepleje. Behandlingsstedets opfattelse af deres ansvar og opgaver i relation til denne særlige gruppe af patienter der var misbrugere og havde psykiatriske lidelser var, at de skulle håndtere medicinen og yde dem hjælp, pleje og omsorg med udgangspunkt i deres særlige behov.

Vi vurderer det udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, når ansvars – opgaver og kompetencer ikke er tydeligt beskrevet og i særlig grad når det handler om at skulle vurdere kompleksiteten hos en patient, idet det bliver op til den enkelte medarbejder at foretage vurderingen og reagere fagligt relevant.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Behandlingsstedet havde siden sidste tilsyn arbejdet med at få vurderet og beskrevet de sygeplejefaglige problemområder hos alle patienter.

Vi konstaterede dog, at journalføringen fortsat var usystematisk og at de oprettede problemområder manglede en opdateret fyldestgørende vurdering af problemet og en mangelfuld beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle iværksættes på baggrund af patientens problemstillinger samt opfølgning herpå.

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 konstaterede, som ved sidste tilsyn, at der i journalføringen manglede væsentlige oplysninger om patienternes fysiske og psykiske helbredstilstand samt aftaler med de behandlingsansvarlige læger. Vi konstaterede også, at manglerne relaterede sig til manglende kendskab til behandlingsstedets instruks for journalføring.

Mangelfulde sygeplejefaglige vurderinger og mangelfuld planlægning af sundhedsfaglige indsatser udgør en betydelig risiko for, at patienterne ikke får den rette pleje og behandling. 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

Det fremgik af instruksen for medicinhåndtering, at der ikke måtte efterdoseres medicin der var forhåndsdispenseret. Praksis var at dette fortsat fandt sted, og det er derfor vores vurdering, at instruksen for medicinhåndtering ikke var implementeret.

Vi konstaterede også at doseret pn medicin ikke var mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke, dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.

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

Opsamling

Vi har i den samlede vurdering lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, men har også lagt vægt på, at manglerne var de samme som ved sidste tilsyn og at de uopfyldte målepunkter var omfattet af påbuddet efter tilsynet i september 2023.

Manglerne vurderes at have et større omfang, og der er behov for en styrket og målrettet organisatorisk og ledelsesmæssig indsats inden målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer, at der samlet fortsat er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden og at påbuddet ikke kan ophæves.

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemerBehandlingsstedet 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	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, 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

	behandling, opfølgning og evaluering	
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinbehandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinbehandling, og at personalet følger denne • Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle 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 medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato

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		<p>Ved interview fremgik det, at der var en fordeling af ansvar og opgaver i samarbejdet med den kommunale sygepleje, idet det var sygeplejen der foretog de sygeplejefaglige vurderinger hos alle nye patienter og hos de patienter der var komplekse.</p> <p>Det fremgik, at behandlingsstedet anvendte trafiklyset i forholdet til at triagere patienternes psykiske tilstand og ikke triagerede patienternes somatiske helbredstilstand. De kunne tilgå sygeplejens farvetriagering i Nexus men brugte dem ikke aktivt.</p> <p>De tilstedeværende kunne ikke redegøre for, hvad der definerede en patient som kompleks og hvornår sygeplejen så skulle kontaktes. Den overordnede instruks for de forskellige faggruppers ansvars- og opgave beskrev ikke dette, og der forelå ikke en lokal instruks der kunne understøtte dette.</p>

Journalføring

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

2.	<p><u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u></p>		X		<p>Journalerne fremstod ikke i tilstrækkelig grad systematiske og overskuelige.</p> <p>Det var gennemgående i journalerne, at man ikke kunne få et overblik over patienternes sygdomme, funktionsnedsættelser og aktuelle problemområder.</p> <p>De sundhedsfaglige notater skulle findes forskellige steder i journalerne og gjorde, at der manglede sammenhæng i patienternes behandlingsforløb.</p>
3.	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X		<p>I en journal manglede den sygeplejefaglige beskrivelse og opdatering af flere af patientens problemstillinger, og de problemstillinger der var beskrevet, var ikke fyldestgørende vurderet.</p> <p>Patientens funktionsniveau var vurderet som et potentielt problem, men det fremgik forskellige steder i den sundhedsfaglige dokumentation, at patienten sad i kørestol men også at patienten var mobil.</p> <p>De tilstedeværende under tilsynet kunne redegøre for dette.</p> <p>Patienten havde kognitive problemer og problemer med urininkontinens. Problemer som ikke var fagligt vurderet og beskrevet, men som var nødvendig viden for pleje og behandling af patienten.</p> <p>De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre for dette.</p> <p>I en anden journal, hos en patient som havde fire konkurrerende lidelser, som påvirkede det kognitive funktionsniveau og den psykiske tilstand, var det ikke beskrevet, hvordan disse lidelser kom til udtryk hos patienten.</p> <p>De tilstedeværende kunne delvis redegøre for manglerne.</p>

					<p>Samme patient havde problemer med bevægeapparatet og var delvis kørestolsbruger. Dette var ikke beskrevet. Oplysninger om problemet kunne læses andre steder i journalen.</p> <p>Samme patient havde problemer med kommunikation. Dette var ikke beskrevet. Oplysninger om patientens problem og hvordan man skulle kommunikere med patienten kunne dog findes et andet sted i journalen.</p> <p>Hos samme patient var problemer med tænder og smerter ikke fyldestgørende beskrevet. De tilstedeværende under tilsynet redegjorde for patientens aktuelle forløb og hvilke opgaver personalet havde i den forbindelse.</p> <p>I samme stikprøve var patienten i behandling med blodfortyndende medicin. Der var ingen beskrivelser vedrørende særlig opmærksomhed på risiko for blødning – for eksempel ved fald.</p>
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>I en journal manglede der en fyldestgørende beskrivelse af patientens helbredstilstand. Det fremgik at patienten var opereret i ryggen, men oplysninger om hvornår og beskrivelse af forløbet efter fremgik ikke. Patientens øvrige sygdomme og funktionsnedsættelser fremgik ikke, så det gav ikke den nødvendige oversigt over aftaler og kontroller med behandlingsansvarlige læger.</p>
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Det fremgik af en journal, at patienten havde inkontinens problemer. Patienten havde haft kontakt med inkontinens sygeplejerske, men der manglede en beskrivelse af aktuel pleje, opfølgning og evaluering i relation til problemstillingen.</p>

					<p>De tilstedeværende under tilsynet kunne ikke redegøre for dette.</p> <p>I en anden journal fremgik det, at lægen havde anmodet om at der skulle måles blodtryk efter en måned. Dette var dog ikke planlagt i kalenderen, så medarbejderne kunne vide, at det skulle udføres.</p> <p>I samme journal fremgik det ikke, hvilken pleje og behandling opfølgning og evaluering der fandt sted i forbindelse med patientens forløb hos tandlæge og smerter i tænderne, ligesom der manglede opfølgning på effekt af administration af p.n. smertestillende medicin.</p>
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>	X			

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			

Medicin håndtering

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

9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering</u>		X		<p>Ved interview fremgik det, at behandlingsstedet ikke fulgte instruksen, om, at der ikke måtte efterdispenseres.</p> <p>De tilstedeværende under tilsynet redegjorde for, at det var en nødvendig praksis i særlige situationer, af hensyn til de særlige sociale og økonomiske problemstillinger der var hos patienterne.</p> <p>Det fremgik ikke af instruksen, at personalet skulle sikre at det aktuelle handelsnavn fremgik af den lokale medicinliste ved dosisdispenseret medicin.</p>
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>Der var uoverensstemmelse mellem en ordination på tabletbeholderen og medicinlisten. Ordinationen på tabletbeholderen var ordineret som en PN ordination, men fremgik på medicinlisten som en fast ordination x 2.</p> <p>I et tilfælde stemte lægemidlets handelsnavn ikke overens med medicinlisten.</p>
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering</u>		X		<p>Hos to patienter der havde PN dispenseret medicin, manglede præparatets navn, dato for doseringen og udløbsdato på label.</p>

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

Oplysninger om behandlingsstedet

- Udeteam Handicap og psykiatri er en hjemmeplejegruppe i Nordfyns Kommune.
- Der er tilknyttet cirka 45 borgere til Udeteam Handicap og Psykiatri.
- Målgruppen er borgere med psykiatriske og/eller misbrugsproblemer i hele Nordfyns Kommune, som har brug for målrettet psykisk støtte og en særlig pædagogisk tilgang, som ikke kan ydes af den almene hjemmepleje. Der ydes også hjælp med somatiske problemstillinger og personlig og praktisk hjælp i et mindre omfang.
- Hjælpen i forhold til psykisk støtte og socialpædagogiske tiltag ydes efter sundhedslovens § 138
- Der er ansat syv social- og sundhedsassistenter, to social- og sundhedshjælpere og to pædagogiske assistenter, som alle har særlig viden og erfaring med målgruppen.
- Der er dagligt fire ruter i dagvagt og to ruter i aftenvagt. Ved behov for hjælp om natten varetages dette af den almene kommunale hjemmepleje.
- Der samarbejdes med den kommunale sygepleje og hjemmepleje samt alment praktiserende læger og blandt andet misbrugscentre og psykiatrisk ambulatorium.
- De sundhedsfaglige opgaver, består primært af psykiatrisk sygepleje i form af psykisk støtte og socialpædagogiske tiltag, observationer af patienternes psykiske tilstand, medicin håndtering og observationer i forbindelse med medicinsk behandling
- Den kommunale sygepleje overdrager sundhedsfaglige opgaver til Udeteam handicap og psykiatri i forhold til somatiske sundhedsfaglige problemstillinger. I forhold til borgernes psykiatriske og sociale problemstillinger vurderer Udeteam Handicap og Psykiatri selv, hvilke problemstillinger borgerne har og hvordan der skal ydes psykisk støtte og socialpædagogiske tiltag.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 17-9-2023 et påbud til Udeteam Handicap og Psykiatri Nordfyns Kommune om:

1. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks herom, fra den 22. november 2023.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige patienter i aktuel behandling, fra den 22. november 2023.
3. at sikre tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af sundhedsfaglige opgaver, fra den 22. november 2023.
4. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom, fra den 22. november 2023.

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet 2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af leder og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog:

- Gitte Sondekilde, teamleder
- To medarbejdere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Gitte Sondekilde, teamleder
- To medarbejdere

Tilsynet blev foretaget af:

- Hanne Marian Søgaard, tilsynskonsulent
- Tina Kolding, tilsynskonsulent

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:

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

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

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

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

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:

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

- [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

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:

- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

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 medicin håndtering
- 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 autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)

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](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbehandling 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 medicinbehandling- 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 doseringsæsken/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
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin

- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed november 2019](#)

Patienters retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes informeret samtykke til behandling og hvordan det dokumenteres.

- Samtykke kompetence/handleevne:

Det skal fremgå af journalen, hvis patienten er vurderet til helt eller delvist ikke selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Det skal fremgå, hvem der kan samtykke på patientens vegne til pleje og behandling (stedfortrædende samtykke) i de tilfælde.

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- Informeret samtykke:

Det skal fremgå i nødvendigt omfang af journalen, hvad der er informeret om forud for opstart af ny behandling. Det skal altid fremgå, hvem der har givet samtykket til behandlingen.

Det gælder også, når behandlingsstedets personale iværksætter en behandling på baggrund af en ordination fra eller aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor behandlingsstedet er ansvarlige for at indhente og journalføre informeret samtykke til behandlingen.

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [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 sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

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:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. 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 sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. 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 behandlingssteder⁵ til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på 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 Se sundhedsloven § 213.

² Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ 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.

⁵ 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 som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. 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 tilsynet⁷. 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 patientsikkerheden⁸.

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 Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. 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.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ 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

¹⁰ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹¹ 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 delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1