
Tilsynsrapport Sandgårdsparken

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

Sandgårdsparken
Sandgårdsparken 1
8620 Kjellerup

CVR- nummer: 29189641 **P-nummer:** 1003369378 **SOR-ID:** 1004301000016005

Dato for tilsynsbesøget: 14-11-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest
Sagsnr.: 35-2011-14785

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en enkelt faktuel rettelse til rapporten samt en udførlig handleplan med tilhørende bilag.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede fund i forhold til journalføring, medicinhåndtering og patientrettigheder. 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 behandlingsstedet.

Vi har derfor den **18. januar 2024** givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal 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 **14-11-2023** vurderet, at der på **Sandgårdsparken** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets journalføring ikke i tilstrækkeligt og i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Der var flere aktuelle og potentielle tilstande, der ikke var fagligt vurderet eller var opdateret med aktuel status og personalet kunne ikke mundtligt redegøre for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse tilstande. Endvidere var der manglende systematik og overskuelighed i journalen, idet der var manglende entydighed i hvor den sundhedsfaglige

dokumentation blev skrevet i journalerne i forhold til beskrivelsen i den kommunale instruks for journalføring.

Vi vurderer at mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en større risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt manglende mulighed for at skaffe sig et hurtigt overblik over en patients aktuelle helbredsstatus samt aktuel pleje og behandling i forbindelse med en akut opstået situation eller ved benyttelse af vikarer/udekørende teams.

Det er vores vurdering, at den manglende vurdering og beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Medicinhåndtering

Der var flere fejl i medicinhåndteringen og på denne baggrund, vurderer vi, at instruks for medicinhåndtering ikke i tilstrækkelig grad var implementeret. Manglende implementering af instruks for medicinhåndtering, indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på det enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation i forbindelse med nyansættelser, brug af vikarer og skiftende personale.

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 tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Patienters retsstilling

Der var enkelte eksempler på, at patientens samtykkekompetence og handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalen. Behandlingsstedet dokumenterede ikke systematisk, at der var givet informeret samtykke til behandling eller om der var givet samtykke/stedfortrædende samtykke, før der var blevet taget kontakt til en læge.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for journalføring og kræver målrettet arbejde med systematisk journalføring, inden målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

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

| Målepunkt | | Krav |
|-----------|--|---|
| 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 journalBehandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen |
| 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 den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstandBehandlingsstedet 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 aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering | <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 |
| 9. | Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne |

| | | |
|-----|--|---|
| 10. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste | <ul style="list-style-type: none">• 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 medicinbeholdning | <ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser• Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer• Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin |
| 12. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling | <ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation |

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 | | | |

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 | | Den sundhedsfaglige dokumentation fremstod ikke overskuelig og systematisk i journalerne. Der var manglende entydighed i hvor den sundhedsfaglige dokumentation blev skrevet i journalerne, og medarbejderne havde dermed svært ved at fremfinde beskrivelser af aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering i den sundhedsfaglige dokumentation. Tillige manglede der sammenhæng i koblingen af tilstande og observationsnotater i journalen. |
| 3. | <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u> | | X | | Ved journalgennemgang var der i tre ud af tre journaler mangler i forhold til den faglige vurdering og beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>I tre journaler var der ikke overensstemmelse mellem hvilke oplysninger der fremgik under funktionsniveau og hvor det skulle noteres i journalen. Hos en patient som var total afhængig af hjælp, manglede der opdatering af oplysningerne i forhold til den aktuelle status.</p> <p>Under bevægeapparatet manglede der hos en patient oplysninger om Parkinsons sygdom og vurderingen af dette og den aktuelle status. Hos en anden patient, som fik hjælp til alle forflytninger med lift, var dette ikke vurderet</p> <p>I to journaler manglede der oplysninger under ernæring i forhold til tandstatus hos en patient med dårlig tandstatus. Hos en anden patient som var sondeernæret manglede der oplysninger om aktuel status og potentielle problemer ved sondeernæring.</p> <p>Under hud og slimhinder blev der redegjort for, at der blev udført tryksårsscreening på alle patienter med risiko for tryksår, men der var forskellig praksis for hvor dette blev journalført. Hos en patient med særlige udfordringer i forhold til tryksårssrisiko var der ikke plan for aflastning i forhold til tryksår. Hos en anden patient med tryksår manglede der beskrivelse af et igangværende samarbejde med sårambulatorie på sygehuset.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Under kommunikation var der hos en patient som havde behov for fuld kompenserede hjælp og var sondeernæret ikke sikret at patienten kunne tilkalde hjælp i en akut situation. Personalet kunne redegøre for at der var aftaker om hyppige tilsyn, dette fremgik ikke tydeligt af jouranføringen.</p> <p>Under respiration og cirkulation manglede der generelt en uddybning og opdatering af de anførte oplysninger.</p> <p>I problemområdet smerter og sanseindtryk manglede generelt opdatering og uddybning af tilstande med neurologiske symptomer og smerter samt synshjælpemidler.</p> <p>Under søvn og hvile manglede der en beskrivelse af en patients søvnproblemer som personalet beskrev.</p> <p>Under viden og udvikling var der ikke vurderet hos nogen af de tre patienter om der var problemer i forhold til sygdomsindsigt eller kognitive udfordringer, eksempelvis hos en patient med svære udfordringer i forhold til Parkinsons sygdom. Patienten udtrykte store problemer med de medfølgende symptomer på sygdommen.</p> <p>Under udskillelse af affaldsstoffer manglede der plan og beskrivelse af en patients igangværende</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|
| | | | | | <p>urinvejsinfektion. Det var anført på en oversigtstavle, at patienten havde en urinvejsinfektion, men det fremgik ikke af journalen. Hos en anden patient manglede opdateret beskrivelse af patientens problemer med en endetarms prolaps.</p> <p>Hos en patient der var flyttet ind på plejecenteret i oktober 2023, fremstod vurderingen af patientens aktuelle og potentielle problemer særdeles mangelfuld.</p> <p>Under tilsynet kunne der ikke redegøres for ovenstående mangler.</p> |
| 4. | <p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p> | | X | | <p>Det var gennemgående for tre stikprøver der blev gennemgået ved tilsynet, at der var mangler i oversigten over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser. Herunder manglende oplysninger om hjertesygdom, knogleskørhed og endetarmsprolaps., samt manglende oplysninger i forhold til samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der var ikke en indarbejdet systematik i forhold til udarbejdelse af oversigten. Endelig var oversigterne ikke opdaterede i forhold til patienternes aktuelle situation.</p> <p>Personale der deltog ved tilsynet kunne delvis redegøre for de manglende oplysninger i oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|---|---|--|
| 5. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u> | | X | | <p>Den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, manglede i alle tre journalgennemgange oplysninger om akut pleje og behandling og opfølgning og evaluering. Sammenholdt med den manglende systematik og overskuelighed i hvor notater blev dokumenteret i journalen var det vanskeligt at følge et akut pleje og behandlingsforløb. Eksempelvis manglede der hos to patienter aktuelle oplysninger om tryksår og tryksårsforebyggelse. Hos en patient med urinvejsinfektion manglede der aktuel status på iværksat behandling. Hos en patient manglede oplysninger om pleje og opfølgning i forhold til patientens endetarmsprolaps.</p> <p>Der kunne ved tilsynet generelt ikke redegøres for de manglende oplysninger om aktuel pleje og behandling samt opfølgning herpå.</p> |
| 6. | <u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u> | | | X | Behandlingsstedet anvendte 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 | | | |

Medicinhandling

| | Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----|---|---------|--------------|--------------|--|
| 9. | <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u> | | X | | Instruksen for medicinhandling var ikke tilstrækkeligt implementeret i forhold til de fund der blev konstateret ved medicingennemgang af tre medicinbeholdninger. |
| 10. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u> | | X | | I tre medicingennemgange var der i hver medicinbeholdning flere præparater, hvor det aktuelle handelsnavn ikke fremgik af den lokale medicinliste. |
| 11. | <u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u> | | X | | Hos en patient var der manglende overensstemmelse mellem administrationstidspunkt og det der var dispenseret i medicindosetten, idet administrationstidspunkt der fremgik af den lokale medicinliste ikke var i overensstemmelse med det der var fortrykt på medicindosetten. Hos en patient manglende der navn og cpr-nummer på enkelte medicindosetter. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>Hos en patient blev der administreret medicin fra to ugeæsker. Der blev ikke administreret fra dosetter i kronologisk rækkefølge og der blev løbende administreret fra begge ugeæsker.</p> <p>Hos en patient var aktuel og ikke-aktuel medicin ikke adskilt, idet pn-medicin blev opbevaret i ikke-aktuel medicin.</p> |
|--|--|--|--|--|---|

Patienters retsstilling

| | Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----|---|---------|--------------|--------------|---|
| 12. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u> | | X | | <p>Hos en patient var der ikke dokumenteret at patienten var vurderet til ikke at være habil.</p> <p>Hos en patient var der ikke dokumentation for at der var givet samtykke forud for iværksættelse af behandling for urinvejsinfektion.</p> |

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

- Plejecenter Sandgårdsparken er en kommunal plejecenter i Silkeborg Kommune
- Plejecenter Sandgårdsparken har 40 almene plejeboliger, som er fordelt på to afdelinger med 20 plejeboliger på hver afdeling. Ved tilsynet var det aktuelt en ledig plejebolig
- Den daglige ledelse varetages af områdeleder Susanne Poulsen, som på tilsynsdagen er konstitueret leder for Sandgårdsparken. Den 15. november 2023 er Pia Hedegaard blevet ansat en ny konstitueret leder for Sandgårdsparken
- På Plejecenter Sandgårdsparken er der ansat ca. 30 medarbejdere med følgende faglige baggrunde: sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter samt service- og aktivitetsmedarbejdere. Herudover er der ansat 19 timelønnede afløsere med blandet uddannelsesbaggrund, hvoraf to er ansat fast i midlertidige stillinger
- Der er to sygeplejersker ansat, hvoraf en er udlånt fra anden plejecenter
- Der er lagt en plan for genopretning af arbejdsgange, kompetenceudvikling samt opdatering af journaler
- Der afholdes daglige tavlemøder med triagering og opfølgning af ændringer i patienternes tilstande
- Plejecenter Sandgårdsparken har en fast tilknyttet læge der kommer på plejecentret. De har netop skiftet til anden læge og dette er under opbygning
- Plejecenter Sandgårdsparken anvender journalsystemet Nexus. Instrukser fremsøges på kommunens intranet. Personalet har adgang til proceduresamlingen VAR.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse, en mediasag i TV2 nyhederne samt en oversendt sag fra Styrelsen for Patientklager til vurdering af bekymrende forhold i pleje og behandlingen på Sandgårdsparken. Alle henvendelser omhandlede bekymringer/klage i forhold til en patient, som vedrører indlæggelse efter fald, hvor de pårørende må foranledige indlæggelse, mangler i medicinhåndteringen, samt manglende sufficient reaktion på væskeindtag og ernæringstilstand.

Styrelsen for Patientsikkerhed besluttede på ovenstående baggrund, at varsle et kombineret sundhedsfagligt tilsyn og ældretilsyn på begge afdelinger på Sandgårdsparken med henblik på, at vurdere patientsikkerheden og den fornødne kvalitet af pleje og behandling, som udføres af Sandgårdsparken.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet 2018-2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling deltog:

- Susanne Poulsen, områdeleder, konstitueret leder Sandgårdsparken til 14. november 2023
- Pia Hedegaard, konstitueret leder Sandgårdsparken fra 15. november 2023
- Pia Østergaard, udviklingskonsulent
- Eva Højgaard Egekvist, kompetencesygeplejerske – underviser i FSIII og Nexus
- To sygeplejersker, heraf en ansat som supervisor i resten af 2023

Tilsynet blev foretaget af:

- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, oversygeplejerske
- Britta Futtrup Sørensen, oversygeplejerske
- Annalise Kjær Petersen, 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:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Veiledning 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 livs-tilsproblemer, 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, 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicin håndtering 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 medicin håndtering- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin

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

Referencer:

- [Veiledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Veiledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. unkladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)

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 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 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](#)

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

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 [Tilsynsrapporter](#)⁹. 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