



Tilsynsrapport Hjemmeplejen Aakirkeby

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2021

Hjemmeplejen Aakirkeby
Doktorbakken 10
3720 Aakirkeby

CVR- nummer: 26696348 P-nummer: 1014773882 SOR-ID: 1049761000016003

Dato for tilsynsbesøget: 07-10-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-6223

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden ikke modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten.

Behandlingsstedets har i høringsperioden fremsendt en præciseret aftale for blodsuktermåling, udarbejdet i januar 2022, og det er præciseret, at blodsuktermåling efter rammedelegationen varetages af sygeplejersker under Afdeling Sygeplejen. Styrelsen har herefter ikke fundet grundlag for at stille krav til Hjemmeplejen Aakirkeby i relation hertil.

Det fremgår endvidere af høringssvaret, at behandlingsstedet vil arbejde videre med at efterleve påbud af 11. juni 2020, herunder at sikre sundhedsfagligt fokus i den sundhedsfaglige dokumentation.

Vi har derfor aktuelt ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 11. juni 2020 og vil følge yderligere op med et nyt tilsynsbesøg.

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **07-10-2021** vurderet, at der i Hjemmeplejen Aakirkeby er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, som fordelte sig inden for flere områder.

Ved tilsynet kunne styrelsen konstatere, at Hjemmeplejen Aakirkeby havde arbejdet med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Behandlingsstedet havde særligt haft fokus på at sikre fyldestgørende journalføring og korrekt medicin håndtering.

Journalføring

Behandlingsstedet var påbegyndt en proces i forhold til den sundhedsfaglige dokumentation men vi konstaterede, at dokumentationen fortsat var under implementering og udvikling. Organisatoriske forhold med en adskillelse af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, var styrende for hvordan den sundhedsfaglige dokumentation blev udført og hvorledes dokumentationssystemet blev anvendt. Der blev oprettet faglige opgaver afhængigt af faggruppe eller vagtlag og hermed forekom en unødigt overdokumentation. De organisatoriske forhold i kommunen var dermed styrende for metodikken i journalføringen fremfor faglig relevans.

Journalføringen fremstod usystematisk og uoverskuelig, i det systemet blev anvendt parallelt af faggrupperne.

I stikprøverne var flere af de aktuelle problemområder mangelfuldt beskrevet, så det ikke fremgik hvordan en sygdom/problem kom til udtryk for patienten og der var mangelfuld beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på den iværksatte pleje og behandling.

I den ene stikprøve var der mangelfuld angivelse af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og der var i begge stikprøver mangelfulde oplysninger for hvornår der skulle ske opfølgning på patienternes kroniske sygdomme og der var ikke systematik i, hvor oplysninger om behandlingsansvarlig læge blev anført. I begge stikprøver fremgik det ikke hvorledes medarbejderne skulle handle i en akut situation der var relevant for patienternes individuelle problemstillinger.

Manglerne i dokumentationen gav fortsat en risiko for manglende observationer, og det er vores vurdering, at den manglende 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. Instruks for den sundhedsfaglige dokumentation var utilstrækkeligt implementeret.

Det er vores vurdering, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation i hjemmeplejen og i samarbejde med hjemmesygeplejen samt kommunikation med øvrige samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Medicinhåndtering

Hjemmeplejen Aakirkeby havde ligeledes arbejdet med at få implementeret instruks for medicinhåndtering, men vi konstaterede fortsat fejl i forbindelse med medicinhåndteringen, særlig i den ene stikprøve. I begge stikprøver var der fund vedr. dokumentation for administration af ikke-doserbare lægemidler herunder for et risikosituationslægemiddel, hvilket styrelsen betragter som skærpende idet det giver tvivl om, hvorvidt medicinen er administreret.

Opsamling

Styrelsen for Patientsikkerhed anerkender, at det både i interview med ledelse og personalet og i gennemgang af medicin og journaler fremgik, at der var iværksat tiltag for at sikre forsvarlig medicinhåndtering, fyldestgørende sygeplejefaglige vurderinger og tilstrækkelig journalføring,

Samtidig konstaterede vi, at der var fortsatte mangler i relation til de samme områder, der dermed udgør en risiko for patientsikkerheden. De påviste mangler fordeler sig inden for flere områder og vi vurderer derfor fortsat, at der er større problemer af betydning for patientsikkerheden. Styrelsen vurderer umiddelbart at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at ophæve påbud af 11. juni 2020.

2. 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 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 problemer Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<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 tilstand 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 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
11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin

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		<p>Der blev oplyst, at myndighedsafdelingen visiterede ydelser ud fra 1) om det var sygeplejen der havde en opgave eller 2) hjemmeplejen eller 3) ud fra hvilket vagtlag opgaven skulle udføres i. Dette medførte at der i en stikprøve var flere identiske handlingsansvisninger (plejeplan) på et sår såvel som en opgave som "medicin i sonde". Det var dermed vanskeligt at danne sig et overblik over indeholdet i handlingsansvisningerne, da der på den måde var unødigt mange og med enslydende indhold.</p> <p>I to ud af to stikprøver var journalføringen ikke systematisk idet der ikke var ensartet dokumentation og brug af observationsnotater. For et problemområde var der både observationsnotater knyttet via helbredstilstanden, der var observationsnotater der var knyttet til henholdsvis den handlingsanvisning der var oprettet til sygeplejen og nogle andre observationsnotater der var knyttet til handlingsanvisninger oprettet til hjemmeplejen, hvor det ikke var de samme observationer for hhv. sygeplejen og hjemmeplejen, men relevante oplysninger for begge organisatoriske grupper. Ved gennemgang af "hverdagsobservationer" fremgik det at der var</p>

					<p>observationsnotater der var skrevet under emnet "sår" men som ikke var relateret og dermed kun fremgik her. Der var dermed tre parallel veje at tilgå observationsnotaterne på.</p> <p>Det samme gjorde sig gældende for observationer vedr. medicingivning i sonde. Ved interview fremgik det at det ikke var fastlagt, hvordan medarbejderne skulle orientere sig i observationsnotater, og sikre at de læste alle relevante steder.</p> <p>I to ud af to stikprøver var oplysninger vedr. aftaler med behandlingsansvarlige læger ikke systematisk angivet, idet det både kunne fremgå under generelle oplysninger, helbredstilstande og i handlingsanvisninger.</p> <p>I to ud af to stikprøver var der oplysninger omkring ændring i tilstande og deraf plan fra lægen som kun kunne findes i korrespondancemeddelelser og ikke under relevant problemområde. Tillige var der observationer/beskrivelse af tilstand som kun fandtes i handlingsanvisninger og ikke under den faglige vurdering.</p>
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I to ud af to stikprøver var patienternes aktuelle og potentielle problemer mangelfuldt vurderet. Generelt i stikprøverne var der ikke beskrivelse og faglig vurdering af, hvorledes patienternes sundhedsfaglig problemstillinger kom til udtryk (fx symptomer på problemet). I større omfang, var i stedet dokumenteret hvad diagnosen var, samt hvilken medicinsk behandling patienterne modtog herfor, et eksempel på dette kunne være: <i>"Patienten har hjertesygdom, er i medicinsk behandling, egen læge er behandlingsansvarlig".</i></p> <p>I en stikprøve, fremgik det ikke at patienten ikke måtte få noget ernæring per os. Det fremgik ej heller hvorledes patientens problemstillinger omkring sygdomme i bevægeapparatet, flere psykiske lidelser, smerteproblemer, søvn/hvileproblemer, ødemer, afføringsmønster samt lungesygdom kom til udtryk for patienten.</p>

					<p>Det fremgik af døgnrytmeplanen at patienten flere gange ugentlig pludseligt kunne blive meget utilpas ved kredsløbspåvirkning, dette fremgik ikke i relevant helbredstilstande og var ikke fagligt vurderet.</p> <p>I en anden stikprøve fremgik det ikke hvorledes patientens epilepsi var mht anfalds-genese, anfaldshyppighed, samt hvilke observationer og handlinger der skulle foretages i tilfælde af anfald. Det blev oplyst at patienten havde større anfald med bevidsthedstab. Der var ordination på anfaldsbrydende medicin, men det fremgik ikke af dokumentationen, hvornår medicinen skulle gives. Ved opslag på FMK kunne det imidlertid ses, at medicinen skulle gives ved anfald > 3 minutter, denne oplysninger var ikk overført til den sundhedsfaglige dokumentation eller til den lokale medicinliste. Det blev tillige oplyst at der skulle ringes 112 ved anfald, dette fremgik ikke af journalen. I handlingsansvininger fremgik det at patienten havde slim i munden og irriterede øjne, uden dette var beskrevet i relevant helbredstilstand. Hvilke symptomer og kendetegn der var særlige for patienten i forhold til diabetes fremgik ej heller.</p> <p>I et enkelt tilfælde var et aktuelt problemområde ikke vurderet, trods det var aktuelt for patienten. Det vedrørte udskillelse af urin, hvor patienten havde behov for brug af ble samt behov for daglig hjælp til brug af bækkenstol.</p> <p>Medarbejderne kendte patienterne godt og kunne redgøre for manglende jorunalføring.</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>I en ud af to stikprøver var der mangelfuld angivelse af patientens sygdomme og funktionsnedsættelser på oversigten, idet det ikke fremgik at patienten havde svært nedsat lungefunktion med behov for særlige hjælpemidler og ernæringsproblem med behov for særligt fødeindtag.</p> <p>I to ud af to stikprøver fremgik det ikke for alle sygdomme hvornår der skulle</p>

					foretages kontrol og opfølgning af patienternes kroniske tilstande. I begge stikprøver fremgik det ikke hvorledes medarbejderne skulle handle i tilfælde af en akut situation, som var relevante for de to patienter.
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		I to ud af to stikprøver var der mangelfuld opfølgning og evaluering på den iværksatte pleje og behandling. I den ene stikprøve var der mangelfuld opfølgning på patientens problemstillinger vedr. sår. Patienten havde flere sår og det var ikke tydeligt i alle notater hvilket sår der blev evalueret. I den anden stikprøve havde patienten angst og uro og fik derfor pn oxazepam flere gange om ugen. Imidlertid fremgik det ikke af den sundhedsfaglige dokumentation, hvorvidt der var effekt af medicinen. Det fremgik ej heller af den sundhedsfaglige dokumentation i hvilken situationer der var indikation for at give medicinen.

Rammedelegation

6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		Efter tilsynet, er styrelsen blevet bekendt med Bornholms Regionskommunes aftale om ramme for blodsuktermåling. Aftalen beskriver ikke i tilstrækkeligt omfang hvilken målgruppe af patienter eller forudgående tilstande/symptomer der kunne ligge til grund for blodsuktermåling (afgrænsning af målgruppe). Omfanget og rækkevidden var således ikke tilstrækkelig beskrevet til at sikre en patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig delegation.
----	--	--	---	--	--

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7. <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			

8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			
----	---	---	--	--	--

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>	X		
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X		
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>		X	<p>I en ud af to stikprøver blev en tablet med delekærv delt, idet der kun skulle gives ½ tablet. Tablet blev imidlertid ikke delt lige, idet flere tabletter i en 14 dages doseringsperiode var i øjenfaldende mindre end andre.</p> <p>I to ud af to stikprøver var der ikke-doserbare lægemidler, hvor der ikke var anført anbrudsdato, det vedrørte laxoberaldråber og kaliummixtur. Derudover var der i den stikprøve sidedispenseret tabletter hvor medicinbægrene ikke var mærket med dag for hvornår de skulle gives og det enkelte bægre var ikke mærket med holdbarhedsperioden for medicinen, bægrene lå dog i en pose, hvor det på posen fremgik hvilken periode de var ophældt til, hvorfra de blevet taget ud hver dag.</p> <p>I den ene stikprøve var der anvendt medicin, der ikke var mærket med patientens navn, det vedrørte insulin og kunstig tårevæske.</p> <p>I en ud af to stikprøver var den tomme beholder, der var dispenseret medicin fra i perioden, kasseret og det var således ikke muligt at genfinde hvilken batch det var dispenseret fra.</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		Instruks for den sundhedsfaglige dokumentation var mangelfuldt implementeret, henført til de fund der var vedr. journalføring og de mangelfulde vurderinger.

4. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Hjemmeplejen Aakirkeby var en del af Center for Ældre
- Center for Ældre havde ca. 950 medarbejdere, der fortrinsvis havde en uddannelsesmæssig baggrund som social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.
- Center for Ældre var opdelt i fire afdelinger, to afdelinger med hjemmepleje og to afdelinger med plejecentre.
- Hjemmeplejen i Aakirkeby bestod af to teams, Øst og Vest, bemanded af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere og nogle uddannede medarbejdere.
- De to teams varetog sundhedsfaglige og social- og plejefaglige opgaver for ca. 180 – 200 patienter overdraget fra sygeplejen.
- Hjemmeplejen havde et dagligt samarbejde med Center for Sundhed og Forebyggelse, Bornholms Regionskommune, hvor sygeplejen var organiseret. Der var cirka 72 sygeplejersker ansat som dækkede hele øen, heraf ca. 40 sygeplejersker i dagvagt, 3 i aftenvagt og 1 i nattevagt.
- Hjemmesygeplejen foretog visitation af borgere og kunne tilkaldes af hjemmeplejens medarbejdere ved behov for sundhedsfaglig vurdering og assistance. Der var ikke etableret et fast mødefora, fx med triagering el.lign med en systematiske opfølgning på patienternes problemstillinger og ændringer, mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.
- Akutfunktion blev varetaget af den samlede sygeplejegruppe, natsygeplejen blev varetaget af et team, der dækkede hele øen.
- Ved behov for lægebistand om natten, blev AMK-lægen i Ballerup kontaktet
- Det blev oplyst på tilsynsdagen, at der i Hjemmeplejen Aakirkeby var ca 6/33 vakante stillinger i det ene team og 8-9/33 i det andet. Generelt var der på hele øen rekrutteringsproblemer inden for det social- og plejefaglige område. I sygeplejen var der ca. 3/72 vakante stillinger og derudover barselsvikariater der skulle besættes.
- Hjemmeplejen Aakirkeby anvendte som den øvrige del af Bornholms Regionskommune, journalsystemet CURA

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn den 25. november 2019 som medførte påbud af 11. juni 2020.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2021 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 25. november 2019

- Implementering af instruks for overdragelse af opgaver mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Journalføring, herunder sygeplejefaglig vurderinger
- Medicinhåndtering

Ved tilsynet deltog

- Lene Hartelius, afdelingsleder, hjemmeplejen
- Jette Tvede Christiansen, faglig leder i afdeling sygeplejen
- Charlotte Høffding Larsen, afdelingsleder i afdeling sygeplejen
- Mette Brinch Olsen, teamleder, Aakirkeby Øst
- Maj-Britt Eriksson Pelligrini, leder, Aakirkeby Vest
- Anette Larsen, hjemmeplejeleder afdeling Tejn, Østermarie, Hasle og Rønne
- Myndighedskonsulent
- Faglig konsulent
- Medarbejdere

Tilsynet blev foretaget af:

Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske og Sarah Sommer, 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](#)
- [Vejledning 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, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [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 helbreds-mæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret:

- 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 oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

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

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

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

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)
- [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](#)

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 udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [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](#)

Medicinhåndtering

9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

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

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

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

Referencer:

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

10. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:

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

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling

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

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

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinhandling- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i 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
- Doseringæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

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

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 samtykke og hvordan det dokumenteres.

- **Samtykke kompetence/handleevne:**

Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/væрге, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

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

- **Informeret samtykke:**

Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [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 information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)
- [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](#)

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:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019\)](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bæretilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2013](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

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

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

Baggrund

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

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

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

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

² Se sundhedsloven § 5.

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

⁴ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet⁵. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁶. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁷.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

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

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

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

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

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹¹.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹², afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

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

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

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1