



Tilsynsrapport Ringsted Hjemmepleje

Sundhedsfagligt, planlagt tilsyn –
Plejeområdet 2019

Ringsted Hjemmepleje
Amtstue Alle 71
4100 Ringsted

CVR- eller P-nummer: 1003295744

Dato for tilsynet: 03-09-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-5560/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 2. januar 2020 modtaget hørings svar med en handleplan, hvori behandlingsstedet beskriver de tiltag, der er iværksat med henblik på at sikre patientsikkerheden.

Hørings svaret giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Handleplanen beskriver, de initiativer, der siden tilsynsbesøget den 3. september 2019 er iværksat med henblik på at sikre en forsvarlig medicin håndtering og at en instruks for medicin håndtering er udarbejdet og implementeret. Styrelsen anerkender, at der er beskrevet relevante tiltag med henblik på at sikre en forsvarlig medicin håndtering.

Handleplanen beskriver, de initiativer, der siden tilsynsbesøget den 3. september 2019 er iværksat med henblik på at sikre både systematiske sygeplejefaglige vurderinger for alle patienter, herunder de særlige initiativer i forhold til nyvisiterede patienter og en tilstrækkelig journalføring. Styrelsen anerkender, at der er beskrevet relevante tiltag til at sikre systematiske sygeplejefaglige vurderinger, og tilstrækkelig journalføring.

Endelig beskriver handleplanen, at en instruks for fravalg af livsforlængende behandling vil være udarbejdet og implementeret inden datoen for den endelige afgørelse, hvilket styrelsen anerkender.

Det er dog styrelsens vurdering, at det ikke alene på baggrund af de fremsendte beskrivelser kan konkluderes, at tiltagene er tilstrækkeligt implementeret.

Styrelsen har derfor ved afgørelse af den 13. januar 2019 givet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav om:

1. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder udarbejde og implementere instruks for medicin håndtering fra dags dato
2. at sikre, at der gennemføres systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for
 - a. Samtlige patienter, der aktuelt er i behandling, inddet 4 uger fra dags dato
 - b. Alle nyvisiterede patienter fra dags dato
3. at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder at udarbejde og implementere instruks for journalføring fra dags dato
4. at sikre implementering af instruks for fravalg af livsforlængende behandling fra dags dato

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside og på sundhed.dk. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 03-09-2019 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden i Hjemmeplejen Ringsted er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, og at de uopfyldte målepunkter fordelte sig over flere områder, herunder journalføring, faglige fokuspunkter, medicinhandling og patienters retsstilling.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld journalføring og manglende entydighed, sammenhæng og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation i hjemmeplejen, kommunikation med andre relevante samarbejdsparter internt i kommunen og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev fundet fejl og mangler i medicinbehandlingen og i medicininstruksen. Alle patienter fik korrekt medicin. Der blev gjort fund i forhold til håndtering af et risikosituationslægemiddel (blodfortyndende medicin). Det er styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicininstruksen, journalføring vedrørende ordineret medicin og medicinliste samt opbevaring af patienternes medicin samlet set udgør en risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed bemærkede, at der på behandlingsstedet var lydhørhed og interesse for at rette op på de påviste mangler.

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

Sammenfatning af fund

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

Der var ikke målopfyldelse i tre ud af fire målepunkter under overskriften *journalføring* i målepunkterne. Fundene var gennemgående og drejede sig om manglende systematik i den sundhedsfaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer, aftaler med behandlingsansvarlige læger og dokumentation af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

I henhold til lokale beslutninger i kommunen anføres borgers aktuelle problemer som potentielle problemer, såfremt sygeplejen ikke har tilknyttet ydelser til problemet. Det var styrelsens vurdering, at nogle af manglerne i journalføringen var udtryk for manglende sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå. Det var ligeledes styrelsens indtryk ved interview med ledelse og medarbejdere og ved gennemgang af journalføringen, at behandlingsstedets manglende instruks vedr. den sundhedsfaglig dokumentation var af

afgørende betydning for, at der ikke føres en fyldestgørende journalføring i relation til de sygeplejeopgaver, behandlingsstedet udfører.

Der var ikke målopfyldelse i et ud af to målepunkter vedrørende *faglige fokuspunkter*. Behandlingsstedet havde etableret en procedure for dokumentation af fravalg af livsforlængende behandling. Proceduren indebar dokumentation flere steder. Det er styrelsens vurdering, at manglende enstrengt dokumentation udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden.

Der var et enkeltstående fund vedrørende *patienters retsstilling*, da vurdering af patientens evne til at give informeret samtykke ikke var dokumenteret for en patients vedkommende.

Der var ikke målopfyldelse i tre ud af tre målepunkter vedrørende *medicinhåndtering*. Instruks for medicinhåndtering var ikke opdateret, men en arbejdsgruppe i kommunen var i gang med dette arbejde. Medicinlisterne var ikke ført systematisk og der var flere fund vedrørende patienternes medicinbeholdning. I en stikprøve ud af tre var der manglende overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinlisten og det faktiske antal ophældt i doseringsæskerne.

Ved tidligere tilsyn den 31. maj 2018, blev der gjort fund ift ordination af blodfortyndende behandling med Marevan, der står på listen over styrelsens præparater for risikosituationslægemidler, idet der i nogle tilfælde blev anvendt et "orange" patientkort, hvor ordinationen blev noteret. Patienten fik kortet med hjem efter konsultationen, uden at der forelå en direkte elektronisk eller telefonisk kommunikation til Hjemmesygeplejen. Idet der manglede sikkerhed for modtagelse af og dato for ordination/slutdato, dosis samt næste dato for blodprøvetagning, anså styrelsen ikke brugen af det orange kort som tilstrækkelig sikker kommunikation og bad behandlingsstedet om en handleplan for fundet. Handleplanen blev fremsendt den 8. august 2018. Handleplanens intentioner var implementeret i en procedure for AK-behandling, som sygeplejerskerne fulgte.

Det blev oplyst under seneste tilsyn, den 3. september 2019, at der fortsat forekommer ordination på "orangekort" i kommunen.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

Krav

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand (målepunkt 3)
- 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 (målepunkt 4)

- 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 helbredsrelevante problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinbehandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet (11)
- 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 (målepunkt 12)

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at udstede et påbud til behandlingsstedet. Se nærmere i vedlagte høringsbrev.

2. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

Behandlingsstedets organisering

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 1: | <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u> | X | | | |

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 | | | |
| 3: | <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u> | | X | | <p>I tre ud af tre stikprøver fremgik de aktuelle og potentielle sygeplejefaglige problemområder og opdateringer heraf ikke i tilstrækkeligt omfang af journalen. Det fremgik ikke, at der for hver patient var taget stilling til alle tolv problemområder. Ved interview blev det oplyst, at sundhedspersonalet kendte patienterne og kunne i de fleste tilfælde mundtligt redegøre for de forskellige problemstillinger, men de var ikke dokumenteret i journalen.</p> <p>I en stikprøve var der således ikke sammenhæng mellem de beskrevne, identificerede sygeplejefaglige problemområder og den medicin patienten fik. Eksempelvis var en patient i behandling for kronisk luftvejssygdom uden at dette fremgik af problemområderne.</p> <p>I to ud af tre stikprøver havde patienterne problemer med reduceret mobilitet, dette var ikke beskrevet, men kunne udelukkende genfindes igennem oplysninger om hjælpemidler (rollator).</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|
| | | | | | <p>I en ud af tre stikprøver havde en patient svære hudproblemer dette var ikke beskrevet selvstændigt under ” hud og slimhinder”, men fremgik udelukkende som en del af beskrivelsen under problemområdet ”udskillelse af affaldsstoffer”.</p> <p>I andre tilfælde vurderes fundene at være udtryk for manglende vurdering, behandling eller pleje. Eksempelvis var der hos tre ud af tre patienter reduceret evne til at varetage ADL behov, uden at dette fremgik af problemområderne.</p> <p>Der var ligeledes problemområder, der i journalen fremstod som potentielle, men viste sig at være aktuelle. Eksempelvis havde en patient en svær smerteproblematik med smerter i hofte, ryg og skulder og var i medicinsk behandling herfor. Behandlingen var nyligt justeret af praktiserende læge. Dette var ikke beskrevet som et aktuelt problemområde, men udelukkende potentielt. Sygeplejen varetog opgaver vedrørende medicinadministration for patienten.</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 to ud af tre stikprøver var aftaler med behandlingsansvarlige læger ikke dokumenteret konsekvent. Ved interview blev det oplyst, at sundhedspersonalet kendte patienterne og mundtligt kunne redegøre for de forskellige problemstillinger, men de var ikke dokumenteret i journalen. Eksempelvis hos en patient, der på grund af flere kroniske sygdomme var i behandling både hos egen læge og på forskellige sygehuse.</p> <p>I en ud af tre stikprøver var oversigten over sygdomme ikke fuldstændig. Eksempelvis manglede der oplysninger om, at en patient havde diabetes. I forbindelse med medicingennemgang i patientens hjem, blev der fundet en beholdning af insulinpenne. Patienten var ikke i aktuel behandling og det kunne ikke umiddelbart afklares, hvornår patienten sidst havde haft behov for insulin. Patienten kunne ikke oplyse sikkert om dette. Ved interview blev det oplyst af en sundhedsperson, der kendte</p> |

| | | | | | |
|----|---|--|---|--|---|
| | | | | | patienten, at denne angiveligt havde diabetes, men det var ikke journalført. |
| 5: | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u> | | X | | <p>I en ud af tre stikprøver var patienten i medicinsk behandling pga. smerter i hofte, ryg, skulder. Det fremgik af korrespondance med praktiserende læge (PL), at patienten var dårligt smertedækket og PL havde derfor anbefalet patienten at ændre i tidspunktet for indtag af smertestillende. Tilsynet fandt at der ikke var foretaget en sundhedsfaglig opfølgning og evaluering på patientens smerteproblematik, hvorfor det ikke var journalført.</p> <p>I en anden stikprøve havde patienten et kompliceret sår, som hjemmesygeplejen varetog behandlingen af. Der var ikke en præcis beskrivelse af sårets udseende ift størrelse og andre relevante observationer til brug for pleje, behandling opfølgning og evaluering. Det fremgik ikke, hvor ofte der skulle foretages en status over sårets udseende og effekt af behandlingsindsatsen. Det blev beskrevet mundtligt, at såret til tider blødte i større mængder, hvilket der forelå observationsnotater på. Observationsnotatet var ikke relateret til problemområdet "hud og slimhinder", hvorfor notatet ikke kunne genfindes under behandlingsplanen.</p> |

Delegation

| Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 6: <u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u> | X | | | |

Faglige fokuspunkter

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

| | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|
| 7: | <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u> | X | | | |
| 8: | <u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u> | | x | | Hjemmesygepleje havde en god og fyldestgørende instruks men der var en praksis, hvor instruksen ikke blev fulgt. Ved gennemgang blev der fundet flere tilfælde, hvor fravalg af livsforlængende behandling ikke var entydigt dokumenteret i journalen.. |

Medicin håndtering

| Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer | |
|-----------|---|--------------|--------------|---------------------|--|
| 9: | <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering</u> | | X | | Der var udarbejdet en medicininstruks og flere procedurer. Instruksen var ikke opdateret, som angivet. Instruksen og procedurerne var udarbejdet uafhængigt af hinanden og uden gensidig henvisning. Medicininstruks og procedurer var ikke fyldestgørende i forhold til Sundhedsstyrelsens vejledning. Eksempelvis fremgik dokumentation af ændring af handelsnavn hverken af medicininstruks eller procedurer. Ledelsen oplyste, at en arbejdsgruppe i kommunen var i gang med denne opdatering. Ledelsen oplyste endvidere, at det orange kort i nogle tilfælde stadig blev anvendt til kommunikation vedr. AK-behandling mellem almen praksis og hjemmesygeplejen. |
| 10: | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u> | | X | | I en ud af tre stikprøver var der medicin i beholdningen med et handelsnavn, som ikke var anført på medicinlisten, i stedet var der anført to andre handelsnavne. Det var uklart, hvilket præparat, der var dispenseret fra. I tre ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem det aktuelle handelsnavn på medicinlisten og i beholdningen. I en ud af tre stikprøver fremgik behandling med depotsmerteplaster (fentanyl) to gange med identiske datoer og ordinationen var anført til efter behov (pn). Patienten oplyste, at plastrerne blev |

| | | | | | |
|-----|--|--|---|--|---|
| | | | | | skiftet 2 gange ugentligt i forbindelse med bad af en af hjemmeplejens medarbejdere. |
| 11: | <u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling</u> | | X | | <p>I en ud af tre stikprøver var der flere præparater med overskredet udløbsdato. Derudover lå der løse tabletter af bl.a. risikosituationslægemidler som var lagt tilbage i originalæsken og anbrudte præparater uden navn og anbrudsdato (insulin).</p> <p>I en ud af tre stikprøver var et præparat udleveret fra apoteket i en anden styrke end den oprindelig ordination. Det fremgik af bemærkningsfeltet at, der var udleveret tabletter på 100 mg i stedet for 50 mg. Der var manglende overensstemmelse mellem de samlede oplysninger på hjemmesygeplejens medicinskema og lægens ordination i FMK.</p> <p>Hjemmeplejen hjalp dagligt patienten med medicinindtagelse og havde således vanskeligt ved at kontrollere antallet af tabletter i doseringsæsken i forbindelse med udleveringen. Samme patient havde ordinationer på medicin mod hjertekrampe og vejtrækningsbesvær til brug efter behov. Medicinen var ikke i hjemmet og det var uklart om patienten selvstændigt var i stand til at anvende medicinen og hvornår der senest havde været behov for at bruge den.</p> <p>I to ud af tre stikprøver var der flere lægemidler uden apotekets label.</p> <p>I en ud tre stikprøver der der ikke overensstemmelse mellem label på præparatet og lægens ordination, der var ingen noter på medicinskemaet med henvisning til ordinationsændringen.</p> |

Patientens retsstilling

| Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|--|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 12: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige</u> | x | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | <u>dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u> | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

Hygiejne

| Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 13: | X | | | |

Øvrige

| Målepunkt | Ingen fund | Fund og kommentarer |
|-----------|------------|--|
| 14: | | Hjemmesygeplejen havde ingen instruks, der anviste, hvordan journalføringen skulle foretages efter overgangen til dokumentation efter Fælles Sprog 3 metoden |

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ringsted Hjemmepleje har ca 180 ansatte, 30 sygeplejersker, 50 social- og sundhedsassistenter og 80 – 90 social- og sundhedshjælpere. Medarbejderne er organiseret i to dagteams og et aftenteam bestående af alle tre faggrupper og har et tæt dagligt samarbejde. Eksempelvis mødes alle midt på dagen, hvor der samles op på dagens opgaver
- Ringsted Hjemmepleje har en sygeplejeklinik på et af kommunens plejehjem
- To gange ugentligt bliver der afholdt triagemøder og tværfaglige rehabiliteringsmøder med deltagelse af terapeuter og visitation
- Der er hver uge møde med den private leverandør af hjemmepleje i Ringsted Kommune, med henblik på triagering og tværfaglig rehabilitering, ligesom der også er et tæt samarbejde ad hoc, eksempelvis som opfølgning på overdragede sygeplejeopgaver og ved ændringer i patienternes helhedssituation
- Akutfunktionen varetages af alle sygeplejersker efter intern oplæring. Alle medarbejderes færdigheder i hjerte-lunge-redning genopfriskes en gang årligt
- Ringsted Hjemmepleje dokumenterer i CSC og FSIII blev taget i brug sommeren 2018
- Ringsted Hjemmepleje har ansat en udviklingssygeplejerske, der arbejder med kvalitet og udvikling, herunder audit i forbindelse med medicin håndtering og den sundhedsfaglige dokumentation.
- Der er et tæt samarbejde med visitationen vedrørende tildeling af sygepleje, eksempelvis i forbindelse med udskrivning fra hospital.

Om tilsynet

- Dokumentation og medicininspektion for tre patienter blev gennemgået. Derudover blev der af tilsynsførende, udvalgt to tilfældige borgere, hvor dokumentation i forhold til fravalg af livsforlængende behandling blev vurderet.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til Leder af hjemmeplejen Sara Høyer, en områdeleder for sygeplejen, tre teamledere og to sygeplejersker
- Tilsynet blev foretaget af: Oversygeplejerske Sarah Sommer og oversygeplejerske Anne Marie Glennung.

4. Bilag

Uddybning af 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

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 udarbejdet notatet
- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

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:

- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

↑Tilbage til oversigt

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:

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

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

[Sundhedsstyrelsens publikation - Den ældre medicinske patient](#)

↑Tilbage til oversigt

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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

Delegation

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](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

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](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

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](#)

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse, VEJ 9375 af 29. maj 2018](#)

[Lov om ændring af sundhedsloven vedr. livsforlængende behandling og behandlingstestamenteordning, LOV 254 af 6. april 2018](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

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](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

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

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning

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

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

Referencer:

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

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

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

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

[Sundhedsstyrelsens notat vedr. unkladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

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.

- **Samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, 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. 1286 af 2. november 2018 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

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

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., BEK nr 359 af 4. april 2019](#)

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

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

Hygiejne

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:

[Autorisationsloven, LBK nr. 1141 af 13. september 2018, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

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

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

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1286 af 2. november 2018](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

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

Baggrund

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn³. Styrelsen har forpligtelse til at gennemføre tilsyns- og læringsaktiviteter for alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Styrelsen udvælger temaer og målepunkter risikobaseret ud fra en vurdering af, hvor hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Styrelsen arbejder løbende på også at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

I 2019 er temaerne diagnostik og behandling med særligt fokus på det kirurgiske område samt sårbare patienter på de behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

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 c

Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varsling af behandlingsstedet minimum 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse⁵. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁶.

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

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

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

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

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#).

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside⁷.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk⁸.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 2

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

⁷ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 27/06/2018.

⁸ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2 2.pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

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

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

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

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 tilsynsbesøg⁹.

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

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1