



Tilsynsrapport Fredensborg Hjemmepleje

Sundhedsfagligt, planlagt tilsyn –
Plejeområdet 2019

Fredensborg Hjemmepleje
Benediktevej 30
3480 Fredensborg

CVR- eller P-nummer: 1021714980

Dato for tilsynet: 7.11.2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-2456

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i høringsperioden. Vi har derfor den 2. juni 2020 givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe målepunkterne 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 14 i orden.

Påbud offentliggøres på stps.dk og sundhed.dk. Når vi konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 7.11.2019 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev fundet gennemgående fejl og mangler indenfor temaerne medicinhandling, delegation, patientens retsstilling og i journalføringen. Manglerne i medicinhandlingen og ufuldstændig journalføring indebærer en risiko for patientsikkerheden.

Manglerne relateret til journalføring fordelte sig over alle målepunkterne og var gennemgående i alle stikprøver indenfor de enkelte områder. Tilsynet fandt, at der var mangelfulde beskrivelser af patienternes samtykkekompetencer og mangelfuld dokumentation af informeret samtykke.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke indeholdt dokumentation for opfølgning og evaluering af pleje og behandling. Derudover indeholdt den ikke fyldestgørende aftaler med behandlingsansvarlig læge. Klare beskrivelser af pleje, behandling, opfølgning og evaluering, samt patienternes aktuelle og potentielle problemer, medvirker til at sikre kontinuitet i pleje og behandling. Dernæst forebygges, at eksempelvis opfølgning på indsatserne, bliver afhængige af den enkelte medarbejders vurdering.

Manglerne relateret til medicinhandling fordelte sig over to ud af tre målepunkter. Fund og mangler i medicinbeholdningen blev fundet i sygeplejerskernes lokale medicindepot som lå på den tilhørende sygeplejeklinik. Det er styrelsens vurdering, at de fundne fejl og mangler i medicinhandlingen rummer en risiko for, at patienterne ikke fik korrekt medicin.

Det er styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicin håndteringen som udgangspunkt rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved den samlede vurdering, lagt vægt på, at der i august 2017 var tilsyn i Hjemmeplejen i Fredensborggruppen. Ved tilsynet blev der gjort fund indenfor journalføring, herunder vikarers manglende adgang til dokumentationssystemet, samt fund indenfor medicin håndtering. Kommunen fremsendte efterfølgende handleplan til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Ved det aktuelle tilsyn, kunne styrelsen imidlertid konstatere, at fundene fra 2017 vedrørende både journalføring og medicin håndtering, fortsat gjorde sig gældende. På baggrund af fundene ved det aktuelle tilsyn, var det ikke tydeligt hvorledes behandlingsstedet havde arbejdet med implementeringen af handleplanen fra 2017. Det fremgik ikke, hvorledes behandlingsstedet havde arbejdet fokuseret med at sikre en systematisk og korrekt journalføring, samt implementering af sikker medicin håndtering.

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

Sammenfatning af fund

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

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at de uopfyldte målepunkter var i 9 ud af 14 målepunkter der blev benyttet ved tilsynet.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev fundet fejl og mangler i journalføringen, patientens retsstilling, delegation og medicin håndteringen.

På tilsynet fandt styrelsen yderligere, at der manglende en beskrivelse af procedurer for dokumentation af medicin håndtering ved it- nedbrud og dette fremgår under øvrige fund.

Journalføring: I hjemmeplejen blev der anvendt papirskemaer som arbejdsredskaber i patienternes eget hjem (blandt andet i forbindelse med øjendrypning og vægtmåling). Ved journalgennemgang fremgik det ikke, at der forelå papirjournaler til målinger i patienternes eget hjem og det fremgik ikke hvad disse skemaer indeholdt. Oplysninger fra papirskemaerne blev ikke journalført i primærjournalen og skemaerne blev destrueret efter brug.

Behandlingsstedet havde tilgængelige vikarkoder til rådighed men disse blev ikke anvendt, hvilket betød at vikarer ikke havde adgang til journalen og til at dokumentere deres udførte pleje og behandling.

I den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende den ordinerede medicin, var der fra hjemmesygeplejens side dokumenteret modsatrettede oplysninger om, hvorvidt en patient var i insulinbehandling. Oplysningerne stemte ikke overens med den faktuelle lægeordnede behandling.

I tre ud af tre journaler var den sundhedsfaglige dokumentation mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, manglende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser, samt manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Tillige var det gennemgående i tre ud af tre stikprøver, at der forelå manglende vurderinger, evalueringer og manglende reaktion på ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstande. Der forelå ikke fyldestgørende beskrivelser af aftaler med behandlingsansvarlige læge og fundene i journalføringen var gennemgående. Medarbejderne kunne ikke mundtligt redegøre for det og det var ikke dokumenteret fyldestgørende.

Det er styrelsens opfattelse, at en korrekt og fyldestgørende beskrivelse i journalen af stillingtagen til de sygeplejefaglige problemområder, er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten, samt for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere.

Journalen skal desuden give et overblik over patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Delegation: Behandlingsstedet havde en rammedelegation på blodglucosemåling, men i instruksen for denne, var patientgruppen og derved målgruppen for behandlingen ikke beskrevet. Rækkevidden og omfanget af rammedelegationen var derved ikke tilstrækkeligt beskrevet.

Medicinhåndtering: Der var uopfyldte målepunkter inden for medicinhåndtering, der var mangler i instruks for medicinhåndtering vedrørende beskrivelse af risikosituationslægemidler (blandt andet methotrexat, insulin og AK-behandling), samt fund i medicinbeholdning på sygeplejededepotet. Sygeplejededepotet lå på den tilhørende Sygeplejeklinik og her blev patienternes medicin opbevaret i et aflåst skab, med en skuffe per patient.

Der blev fundet tre fund vedrørende medicinbeholdningen:

- 1) I en stikprøve var der medicin som var overskredet holdbarhedsdatoen
- 2) I en stikprøve var aktuel medicin ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin
- 3) I en stikprøve fandt tilsynet, at dispenseret medicin var doseret i æsker som indeholdt to dage i en æske (dvs. en dagsæske indeholdt medicin for 2 x morgen og 2 x aften, skrevet på doseringsæsken MAMA som **Morgen -Aften -Morgen -Aften**)

Patienters retsstilling: Ved alle tre stikprøver var der ikke beskrevet patientens samtykke til behandling. Patientens evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling var sparsomt beskrevet i de tre journaler. Personalet kendte ikke til regelsættet.

Mangelfuld journalføring, manglende systematik og manglende overblik rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden.

Uddybende beskrivelse af 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 den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen (målepunkt 2)
- 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 det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (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 helbreds-mæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 6)
- Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender nødprocedurer ved systemnedbrud (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin (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 informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 14)

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		<p>Der blev anvendt papirskemaer som arbejdsredskaber i patienternes eget hjem (blandt andet i forbindelse med øjendrypning og vægtmålinger), men det fremgik ikke ved journalgennemgangen, at der forelå data-bilag på papir og heller ikke hvad disse indeholdt. Oplysninger fra papirskemaerne blev ikke journalført i primærjournalen og skemaerne blev destrueret efter brug</p> <p>I en stikprøve blev patienten vejet regelmæssigt, men målingerne var ikke systematisk dokumenteret i den elektroniske journal og der forelå kun to målinger i journalen, en fra den 31.10.2018 og en fra den 5.11.2019 til trods for, at der blev foretaget vægtmålinger hver 14. dag. Der var i journalen ikke henvist til papirskema i hjemmet, med målingerne.</p> <p>I den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende den ordinerede medicin var det fra hjemmesygeplejens side dokumenteret et sted, at en patient ikke var i insulinbehandling og et andet sted at patienten var i insulinbehandling. Det fremgik af medicinskemaet, at patienten aktuelt var i insulinbehandling.</p> <p>Behandlingsstedet havde tilgængelige vikarkoder, men disse blev ikke anvendt hvilket betød, at vikarer ikke havde adgang til journalen og til at</p>

					dokumentere deres udførte pleje og behandling. Vikarer fik oplysninger om patienterne fra det faste personale, som også journalførte for vikarerne.
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 journaler var den sundhedsfaglige dokumentation mangelfuld og usystematisk. Der forelå en mangelfuld dokumentation for sygeplejerskernes vurdering og beskrivelse af problemer, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger i alle tre stikprøver. Dette bevirkede, at det var vanskeligt at observere ændringer i patientens tilstand, da grundstatus var mangelfuld.</p> <p>I en stikprøve konstaterede tilsynet, at en patients problem med sår ikke var beskrevet tilstrækkeligt, trods daglig behandling af sygeplejersker herfor.</p> <p>I en anden stikprøve var patientens øjenproblemer ikke beskrevet, til trods for daglig behandling, medicin og hjælp til øjendrypning.</p> <p>I en stikprøve var cirkulationsproblemer ikke beskrevet i journalen, trods daglig anlæggelse af comprilanbind.</p> <p>En patient havde en smerteproblematik og var i medicinsk behandling med flere forskellige analgetika, men der var ikke oprettet et problemområde indenfor smerter.</p> <p>Medarbejderne kunne til dels mundtligt redegøre for de tre patienternes aktuelle og potentielle problemer, men det var ikke dokumenteret fyldestgørende.</p>
4:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>Det var ikke fyldestgørende beskrivelser af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser eller aftaler med behandlingsansvarlige læge og fundene i journalføringen var gennemgående i alle tre stikprøver.</p> <p>En patient var i antikoagulerende behandling (Marevan), men sygdommen som var årsagen til behandlingen, fremgik ikke i den samlede oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser.</p>

					<p>I en stikprøver var det beskrevet, at denne havde en åben indlæggelse, men det fremgik ikke hvornår hospitalet skulle kontaktes eller hvad der havde medført, at denne havde en åben indlæggelse eller hvilke aftaler der forelå med den behandlingsansvarlige læge. Personalet kunne ikke redegøre for det.</p> <p>I en stikprøve omhandlende en diabetes patient, forelå der ingen referenceværdier fra egen læge eller fra hospital. Personalet kunne ikke redegøre for det. Desuden var patientens sygdom ikke fyldestgørende beskrevet. Der forelå ingen beskrivelse af aftaler med den behandlingsansvarlige læge.</p>
5:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X		<p>Der manglede vurderinger, evalueringer og var manglende reaktion på ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstande i alle tre stikprøver.</p> <p>I en stikprøve med diabetes patient, fremgik den aktuelle pleje og behandling ikke af journalen. Det fremgik af medicinlisten, at vedkommende fik daglig hjælp fra hjemmeplejen til Victoza behandling, men dette fremgik ikke af journalen. Patienten modtog også hjælp fra en privat leverandør og dette samarbejde med opgavevaretagelse og ansvar for behandlingen, var ikke beskrevet i journalen.</p> <p>I en stikprøve fandt tilsynet, at der skulle igangsættes en ernæringsindsats og vægtmåling hver 14. dag. Der forelå ingen evaluering eller opfølgning på to vægtmålinger som var dokumenteret oktober 2018 og november 2019.</p> <p>I en stikprøve var en patient i pn behandling med laksantia, der var dog ikke beskrevet et specifikt mål for behandlingen og dermed ej heller, hvornår behandlingen skulle iværksættes. Personalet kunne ikke redegøre for mål eller behandling.</p> <p>Medarbejderne kunne ikke mundtligt redegøre for den aktuelle pleje og behandling, evaluering eller opfølgning</p>

					og det var ikke dokumenteret fyldestgørende.
--	--	--	--	--	--

Delegation

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6: <u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		Behandlingsstedet havde en rammedelegation på blodglucosemåling, men i instruksen var patientgruppen og derved målgruppen for behandlingen ikke beskrevet. Rækkevidden og omfanget af rammedelegationen var derved ikke tilstrækkeligt beskrevet.

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		Ved gennemgang af instruks for medicinhåndtering fandt tilsynet, at der manglende beskrivelse af risikosituationslægemidler (blandt andet methotrexat, insulin, AK-behandling) i medicinhåndteringsinstruks. Tilsynet fandt fund i medicinbeholdning på sygeplejedepotet og instruksen var ikke implementeret og personalet fulgte den ikke. På tilsynsdagen, var der it-nedbrud, i den forbindelse kunne tilsynet

					<p>konstatere, at behandlingsstedet ikke havde procedure for tilgang til medicinoplysninger eller dokumentation af medicinbeholdning, ved manglende systemadgang. Det blev oplyst, at der var printede medicinskemaer i hjemmene, men det var uklart hvordan personalet sikrede fx opdatering fra FMK eller dokumentation af dispenseringer, samt dokumentation ved håndtering af ikke-doserbare lægemidler.</p> <p>Medarbejderne kunne ikke redegøre for en patientsikker arbejdsgang.</p>
10:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>	X			
11:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning</u>		X		<p>Tilsynet fandt tre fund vedrørende medicinbeholdningen ved gennemgangen af det lokale sygeplejehospitalsdepot.</p> <p>I en stikprøve fandt tilsynet medicin som var overskredet holdbarhedsdatoen.</p> <p>I en stikprøve var aktuel medicin ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin.</p> <p>I en stikprøve fandt tilsynet, at dispenseret medicin var doseret i æsker som indeholdt to dage i en æske (dvs. en dagsæske indeholdt medicin for 2 x morgen og 2 x aften, skrevet på doseringsæskens MAMA som Morgen - Aften -Morgen -Aften). Der var ikke angivelse af ugedage på æsken og en æske var således til to ugedage.</p>

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation</u>		X		I tre ud af tre stikprøver forelå der ikke dokumentation for informeret samtykke i

	<u>vedrørende patienters retsstilling</u>				<p>forbindelse med iværksættelse af pleje og behandling og det kunne konstateres, at personalet ikke rutinemæssigt indhentede informeret samtykke til pleje. Patientens evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling var sparsomt beskrevet i de tre journaler.</p> <p>Medarbejderne kunne ikke mundtligt redegøre for det og det var ikke dokumenteret fyldestgørende.</p>
--	---	--	--	--	--

Hygiejne

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

Øvrige

Målepunkt		Fund	Fund og kommentarer
14:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X	<p>Der var it nedbrud på tilsynsdagen og tilsynet konstaterede, at der ikke var instrukser for it-system nedbrud. Medarbejderne vidste ikke hvad de skulle foretage sig i forbindelse med nedbruddet, idet der manglede beskrivelse af procedurer og arbejdsgange for journalføring, samt medicin håndtering ved it- nedbrud, hvilket udgør en fare for patientsikkerheden.</p>

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Tilsynet fandt sted i hjemmeplejen i Fredensborg Kommune. Kommunens hjemmepleje og hjemmesygepleje var opdelt i 4 distrikter
- Hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i Fredensborg var samlet og blev ledet af en gruppeleder
- I hele Fredensborg kommune var der i alt 1200 borgere, hvoraf de 300 var tilknyttet Fredensborg hjemmepleje
- I Fredensborg kommune var sygeplejerskerne selvvisiterende og der var et akutteam for hele kommunen og hvert distrikt havde sin egen sygeplejeklinik
- I hjemmeplejen Fredensborg var der i alt 40 ansatte: 6 sygeplejersker, 9 SSA og 25 SSH
- Hjemmeplejen Fredensborg ydede hjælp i dagtimerne og aften og nat blev dækket af en anden lokalgruppe
- Hjemmeplejen havde eget vikarkorps, men benyttede også eksterne vikarer
- Hjemmeplejen overgik til Nexus i juni 2018
- Sygeplejersker og SSA og SSH havde daglige møder og faglig sparring og der blev afholdt fælles møder med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen to gange om ugen
- Ved tilsynet deltog to gruppeledere fra to andre distrikter, en systemkonsulent samt en sygeplejerske. Gruppelederen for hjemmeplejen Fredensborg og leder af hele hjemmeplejen var ikke tilstede ved tilsynet

Om tilsynet

- Tilsynet var et planlagt risikobaseret tilsyn udvalgt ved stikprøve.
- Dokumentationen for tre patienter blev gennemgået, hvoraf den ene modtog hjælp fra den private leverandør Værdig Pleje
- Der blev foretaget tre stikprøver, to medicingennemgange hos patienter i eget hjem og gennemgang af medicinbeholdning på det lokale sygeplejedespot
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:
 - Lise Langkjær, gruppeleder i en anden hjemmepleje-gruppe
 - Kirsten Meilvang, gruppeleder i anden hjemmepleje-gruppe
- Tilsynet blev foretaget af: Sarah Imola Sommer, oversygeplejerske og Susie Poulsen, tilsynskonsulent.

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, 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), 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 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), 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 aktuell 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 instruks. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruks 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 instruks, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 6, §24a\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

[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 nr. 9375 af 29. maj 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
- Doseringssæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

[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. undladelse 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 \(Kapitel 5 vedr. Patienters medinddragelse i beslutninger\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

[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:

[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 7. juli 2011](#)

[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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

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

↑**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 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 [Tilsyn med behandlingssteder](#). 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 [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., 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 indskrives 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](#) 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