

---

# Tilsynsrapport

## Joanna i Vesterborg

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder 2023

Joanna i Vesterborg  
Rosningevej 9  
4953 Vesterborg

CVR- nummer: 37279811 P-nummer: 1020968555 SOR-ID: 886041000016003

Dato for tilsynsbesøget: 22-09-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning  
Sagsnr.: 35-2011-13261



# 1. Vurdering

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger og materiale fra behandlingsstedet i form af en handleplan for hvordan behandlingsstedet kommer i mål med påbuddet.

Behandlingsstedets bemærkninger til de faktuelle forhold medfører ikke en ændring af vurderingen af patientsikkerheden på stedet.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har planlagt tiltag med henblik på at rette op på den sundhedsfaglige dokumentation samt medicinhåndtering. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

På den baggrund har styrelsen ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 6. juni 2023. Vi vil desuden foretage yderligere opfølgning over for behandlingsstedet.

Vi har derudover fundet grundlag for den 20. december 2023 at udstede et supplerende påbud til behandlingsstedet om at sikre forsvarlig medicinhåndtering.

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

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **22-09-2023** vurderet, at der på **Joanna i Vesterborg** er

### **Større problemer af betydning for patientsikkerheden**

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

### **Behandlingsstedet organisering**

Ved tilsynet fremgik en instruks for samarbejde med behandlingsansvarlige læger, men denne indeholdt ikke beskrivelse en beskrivelse personalets ansvar i forhold til observation af virkning, forventede bivirkninger og aftaler og kontrol kroniske sygdomme og generelt om behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at Joanna siden vores sidste tilsyn havde arbejdet med at de sygeplejefaglige problemområder. Der var dog fortsat mangler idet beskrivelsen, opfølgningen og evalueringen af områderne ikke var tilstrækkelig og i nogle tilfælde fremstod misvisende.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der ikke var fulgt op på ændringer i beboernes tilstand, hvilket udgør en risiko for patientsikkerheden.

Journalerne overholdt ikke de formelle krav, idet vi fandt at der i flere tilfælde ikke var henvisninger i journalen, mellem det pædagogiske og det sundhedsfaglige. Hvilket medførte at den enkelte journal ikke fremstod overskuelig, og der manglede sammenhæng mellem de pædagogiske og de sundhedsfaglige opgaver, hvilket resulterede i at den sundhedsfaglige dokumentation ikke var overskuelig, systematisk og journalen føres i én journal.

Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når de sygeplejefaglige problemområder ikke er beskrevet tilstrækkeligt og der ikke følges op på observationer som vejrtrækningsproblemer, større udsving i vægt over kort tid og psykiske problemstillinger.

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

### **Medicinhåndtering**

Siden sidst var der udarbejdet fyldestgørende instruks for medicinhåndtering, men den var ikke tilstrækkeligt implementeret.

Ved tilsynet blev det konstateret at Joanna havde en praksis for at få ordineret Paracetamol til alle beboere til brug i vagter eller weekender. Paracetamol blev ordineret med indikationen mod smerter, og i nogle tilfælde med max dosering 8 tabletter dagligt. Ved tilsynet blev det oplyst at Joanna kunne bruge ordinationen ved febertilstande i tidsrum hvor praktiserende læge ikke kunne kontaktes.

Af instruksen fremgik det at personalet inden udlevering af pn skulle kontrollere at indikationen var i overensstemmelse med tilstand hos beboer før indgift.

Den beskrevne mulighed for at anvende paracetamol var således ikke i overensstemmelse med deres PN-ordinationer.

Vores vurdering er at der er betydelig risiko for patientsikkerheden, hvis lægeforbeholdt virksomhed varetages af andet personale uden at der foreligger en instruks, som redegør for i hvilke situationer medicinjusteringer må ske og det sikres at personalet er oplært og ledelsen fører tilsyn.

### **Patienters retsstilling**

Joanna havde arbejdet med at vurdere samtykkekompetence samt indhente samtykke. Der var dog fortsat flere eksempler på, at patientens samtykkekompetence og handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalen.

### **Opsamling**

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

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

## 2. Krav

---

### Krav

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

| Målepunkt |  | Krav  |
|-----------|--|---|
| 5.        | Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal        | Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring  |
| 6.        | Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer | Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation   |
| 8.        | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering                | Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme<br>Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge |
| 9.        | Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering   | Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning<br>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for medicinhåndtering   |
| 10.       | Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger                                       | Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning   |

|     |  |  |
|-----|--|--|
|     |  | Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger   |
| 11. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste | Behandlingsstedet skal sikre, at der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn medicin   |
| 14. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling           | Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge<br>Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i sundhedsfaglige dokumentation |

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

|    | Målepunkt  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer                  |
|----|--|---------|--------------|--------------|--------------------------------------|
| 1. | <u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u> | X       |              |              | Opfyldt ved tilsyn 28. februar 2023. |
| 2. | <u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>                  | X       |              |              |                                      |
| 3. | <u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>   | X       |              |              | Opfyldt ved tilsyn 28. februar 2023. |

### Journalføring

|    | Målepunkt  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer   |
|----|--|---------|--------------|--------------|---|
| 4. | <u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>  | X       |              |              |   |
| 5. | <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u> |         | X            |              | Der er ingen tilknytning mellem de pædagogiske og de sundhedsfaglige opgaver. I flere tilfælde blev konstateret at oplysninger fra den pædagogiske del af journalen var kopieret ind i den sundhedsfaglige del og herefter ikke var blevet opdateret. |

|    |   |  |   |  |   |
|----|---|--|---|--|---|
|    |   |  |   |  | Det blev oplyst at Joanna snart skulle overgå til et nyt journalsystem. Der i højere grad ville understøtte kontinuitet og overblik.  |
| 6. | <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u> |  | X |  | <p>Ved gennemgang af tre journaler var der i to af dem mangler i beskrivelser og vurderinger af patienternes aktuelle problemer og risici.</p> <p><b>Ernæring</b><br/>I en journal:<br/>Manglende beskrivelse og vurdering af problem omkring vægttab hos beboer der var i behandling med medicin der kunne have påvirkning af appetit. Beboer havde BMI over 25, men der var ikke taget stilling til hvor meget eller hvor hurtigt et vægttab der var hensigtsmæssigt.<br/>I en anden journal:<br/>Manglende beskrivelse og vurdering af vægtøgning over tid. Desuden mangler i monitoreringen af vægten. Personalet kunne ikke gøre rede for dette.</p> <p><b>Psykosociale kontakt</b><br/>I en journal var beskrevet at en beboer ikke havde samvær med mor og far, men det fremgik af den pædagogiske del af journalen at beboer havde kontakt med mor og far<br/>Personalet kunne ikke redegøre for det, da det var uvist hvilken af oplysningerne der var den korrekte.</p> <p><b>Respiration og cirkulation</b><br/>I en journal blev det oplyst at beboer havde</p> |



|    |  |   |   |  |   |
|----|--|---|---|--|---|
|    |  |   |   |  | funktionsdyspnoe, det drejede sig om en beboer med tidligere længerevarende lungeinfektion og hvor beboeren fik medicin der kunne påvirke hjertefunktionen. Der manglede en beskrivelse af hvornår og i hvilke situationer der var dyspoe. Personalet kunne ikke redegøre for dette.  |
| 7. | <u>Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u> | X |   |  |   |
| 8. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>                                       |   | X |  | <p>Ved gennemgang af tre journaler var der generelt mangler i dokumentation af aktuel pleje, behandling opfølgning og evaluering.</p> <p><b>Ernæring</b><br/>I to journaler var der ikke fulgt op på beboernes vægtændring.</p> <p><b>Psykosociale forhold</b><br/>I en journal var der ikke fulgt op på samvær med familien. I to journaler var der ikke fulgt op på problemer med impuls kontrol.</p> <p><b>Respiration</b><br/>I en journal var der ikke fulgt op på problemer med vejrtrækning og risiko for hjerte-kar-sygdom i forbindelse med medicinering.</p> <p><b>Sexualitet</b></p> |

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | I to journaler var der ikke fulgt op på problemstillinger vedrørende seksualitet. |
|--|--|--|--|--|---|

## Medicinhåndtering

|     | Målepunkt   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer  |
|-----|---|---------|--------------|--------------|--|
| 9.  | <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>                                 |         | X            |              | Ved interview fremgik det at instruks vedrørende pn medicinering ikke blev fulgt, idet personalet ved ordination af Paracetamol 1 gram min med 4 timers interval og max 6 gange i døgnet mod smerter, i praksis kunne bruge ordinationen ved febertilstande. |
| 10. | <u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>     |         | X            |              | Der forelå en instruks for samarbejde med behandlingsansvarlige læger. Dog var personalets ansvar ikke tilstrækkeligt beskrevet. Ved interview fremgik det yderligere, at instruksen ikke i tilstrækkelig grad var implementeret.                            |
| 11. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u> |         | X            |              | I en lokal medicinliste fremgik en pn ordination af psykofarmaka som notat i forbindelse med den faste ordination, i stedet for at ligge under pn ordinationer. I praksis havde pn ordinationen ikke været i brug.   |
| 12. | <u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>                    | X       |              |              | Opfyldt ved tilsyn 28. februar 2023.   |
| 13. | <u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-</u>                                     | X       |              |              | Opfyldt ved tilsyn 28. februar 2023.   |

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
|  | <u>lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u> |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|

## Patienters retsstilling

|     | Målepunkt   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer  |
|-----|---|---------|--------------|--------------|--|
| 14. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u> |         | X            |              | Ved gennemgang af tre journaler var der generelt mangler i dokumentation af indhentelse af informeret samtykke inden kontakt til læge og ved fortsættelse af behandling. |

## Hygiejne

|     | Målepunkt   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 15. | <u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u> | X       |              |              |                     |

## Diverse

|     | Målepunkt  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----|--|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 16. | <u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u> |         |              | X            |                     |

## Øvrige fund

| Målepunkt |  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 17.       | <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u> |         |              | X            |                     |

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Joanna i Vesterborg er et socialpædagogisk opholdssted med tilhørende skole, og er en selvejende institution, beliggende i Søllested i Lolland Kommune.
- Målgruppen omfatter børn og unge i alderen 6-18 år på § 66 og § 107. Fra 18 år er der mulighed for efterværn til det 23. år, eller et §107 tilbud til ca. 27 år, som også har tilknyttet en skoleafdeling.
- Joanna i Vesterborg modtager børn og unge med ADHD, diagnosticeret indenfor ASF-området. Det er børn, unge og voksne med opmærksomheds-, tilknytnings- og udviklingsforstyrrelser, samt anden intellektuel/kognitiv forstyrrelse.
- Afdelingsleder Annika Duvier og afdelingsleder Mette Green er på skift bagvagt på opholdsstedet.
- Joanna i Vesterborg er godkendt til 18 pladser, hvori der også indgår to weekendaflastningspladser. Der er 18 beboere fordelt på fire afdelinger Gården, Marken, Fløjen og Kvisten. Beboerne kommer fra hele landet.
- Joanna i Vesterborgs undervisnings- og uddannelsesafdeling er uden begrænsning for antal elever. Det er alene kommunale myndigheder, der kan visitere beboere og elever til opholdssted og undervisningsafdeling.
- Der er ansat 1 sygeplejerske, 7 Pædagoger, 2 med pædagogisk grundudd/assistent, 1 pædagogstuderende, 1 lærer, 1 social- og sundhedsassistent, 1 uddannet i neuroaffektiv pædagogik, 4 ufaglærte (hvoraf to af dem er nattevagter en af nattevagterne er vågen)
- Opholdsstedets sygeplejerske er ansat 8 timer ugentligt, og er ansvarlig for medicinen, FMK, de sundhedsfaglige procedurer, og for at sikre kvaliteten i den sundhedsfaglige dokumentation og i medicinhåndteringen. Sygeplejersken deltager desuden i de ugentlige møder for at opnå sammenhæng mellem det pædagogiske og det sundhedsfaglige.
- Vagtlagene er fordelt med et eftermiddags/aftenvagt med to til tre medarbejdere og en fast nattevagt til hele huset med fast base på "Gården".
- Der er ugentlige afdelingsmøder hvor bl.a dokumentation i journalen drøftes samt månedlige personalemøder.
- Der afholdes månedlige møder med afdelingerne, med deltagelse af sygeplejerske ad hoc. Alle medarbejdere har mulighed for at kontakte sygeplejersken løbende.
- Opholdsstedet har fokus på medicinhåndteringen, og alle beboere der har fast medicin er på dosispakket medicin.
- Der er fast tilknyttet en neuroaffektiv konsulent fra Livszonen, som udarbejder neuroaffektive analyser på alle børnene, samt underviser og giver supervision.
- Opholdsstedet er tilknyttet Nordic Medical lægecenter og det er primært sygeplejersken som varetager kontakten til praktiserende læger. Derudover samarbejdes med børnepsykiatrisk afdeling i Næstved samt voksenpsykiatrien, PBR, og kommunenes ergoterapeut i forbindelse med udarbejdelse af sanseprofiler.
- Opholdsstedet anvender journalsystemet EG Sensum Bosted.
- Stillingen som forstander er aktuelt opslået.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et opfølgende reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tilsyn den 28. februar.

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 28. februar 2023 et påbud den 6. juni 2023 til Joanna i Vesterborg om:

1. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for alle patienter.
2. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
3. at sikre udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for medicinhandling, journalføring, patienters behov for behandling, samarbejde med behandlingsansvarlige læger samt hygiejne.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder 2023
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre beboere

Ved tilsynet og ved den afsluttende opsamling på fund deltog:

- Mette Green, afdelingsleder for skolen og pt konstitueret forstander i samarbejde med Annika Duvier
- Annika Duvier, afdelingsleder for boligerne og pt konstitueret forstander i samarbejde med Mette Green
- En sundhedsfaglig konsulent og sygeplejerske
- To socialpædagoger

Tilsynet blev foretaget af:

- Kate Dagmar Jensen, oversygeplejerske
- Vibe Siegfried, ergoterapeut

# 5. Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

### 1. Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling

Tilsynsførende gennemgår instruks om personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Ved gennemgang af instruks skal kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver være beskrevet.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

### 2. Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for patienternes behov for behandling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Ved gennemgang af instruks skal det være beskrevet, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver, og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

### 3. Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser

Tilsynsførende interviewer ledelsen og gennemgår de skriftlige instrukser med henblik på at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser, herunder om de er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

## Journalføring

### **4. Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation**

Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.

Ved gennemgang af instruks skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. være beskrevet

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruks.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

### **5. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.



Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- Notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har foretaget plejen og behandlingen
- Notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- Notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- Teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- Det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir og hvad disse indeholder eller i andet format
- Notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

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

## **6. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

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

- Funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- Bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- Ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- Kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- Psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- Respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- Seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- Smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- Søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile

- Viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- Udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

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

## **7. Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, 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 medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af eksempelvis:

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning.

Referencer:

- [Veiledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)

## 8. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

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

- den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
- der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges.

Referencer:

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

## 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 risikosituationslægemidler

Personalet kender og anvender instruksen.

De syv risikosituationslægemidler er:

1. Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
2. Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
3. Lavdosis methotrexat.
4. Kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat).
5. Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
6. Gentamicin
7. Digoxin

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- <https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/risikosituationslaegemidler/>
- [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](#)

## 10. Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger

Tilsynsførende gennemgår instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger:

- ved håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
- om den medicinske behandling herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning
- om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

## 11. 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 den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- 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, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

- [Veiledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019](#)

## **12. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling**

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

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

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

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne

- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- 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 patienters 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

Referencer:

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

### 13. Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Tilsynsførende gennemgår instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Ved gennemgang af instruksen skal beskrivelse af personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, oftest praktiserende læge, ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles Medicinkort) eller anden udformet medicinliste fra lægen, fremgå.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

Referencer:

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

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

## Patienters retsstilling

### 14. 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:

- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

## Hygiejne

### 15. Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

## Diverse

### 16. Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personale med henblik på at vurdere, om der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet interviewes yderligere i forhold til, om de har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.



Referencer:

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

**Øvrige fund**

**17. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici**

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet<sup>1</sup>. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner<sup>2</sup> udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>3</sup>.

## Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn<sup>4</sup>. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder<sup>5</sup> til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

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

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213.

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

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 5.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

## Tilsynet

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

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet<sup>6</sup>. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet<sup>7</sup>. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

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

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden<sup>8</sup>.

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

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

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#)<sup>9</sup>. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet<sup>10</sup>. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på [plejehjemsoversigten.dk](https://plejehjemsoversigten.dk).

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på [sundhed.dk](https://sundhed.dk)<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

<sup>8</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

<sup>9</sup> Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

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

<sup>11</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist<sup>12</sup>.

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg<sup>13</sup>, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

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

---

<sup>12</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>13</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1