
Tilsynsrapport

Ældrecentret Broparken

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

Ældrecentret Broparken
Slotsherrens Vænge 2B ST
2610 Rødovre

CVR- nummer: 65307316 P-nummer: 1003271829 SOR-ID: 1038541000016004

Dato for tilsynsbesøget: 24-10-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-14828

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i høringsperioden.

Styrelsen har derfor truffet afgørelse på baggrund af oplysningerne fra tilsynsbesøget og har den **21. december 2023** givet behandlingsstedet påbud om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

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

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **24-10-2023** vurderet, at der på **Ældrecentret Broparken** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at en række målepunkter vedrørende Ældrecentret Broparkens journalføring, samt medicin håndtering ikke var opfyldt og at instruksen for medicin håndtering ikke var implementeret.

Sundhedsfaglige vurderinger og dokumentation

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at der blev fundet fejl og mangler i den sundhedsfaglige dokumentation, der udgjorde en risiko for patientsikkerheden. Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at journaler ikke blev ført systematisk og det var svært at danne sig et overblik mellem de forskellige notat typer.

Det er vores vurdering, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten. Journalen skal desuden kunne give overblik over

patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

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

Oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser var i alle stikprøver mangelfuld.

Ligeledes konstaterede vi i alle stikprøver, at der manglede faglige vurderinger med beskrivelser af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger. Således afspejlede de faglige vurderinger ikke hvordan sygdomme og funktionsnedsættelser kom til udtryk hos patienterne, og der manglede generelt en baseline for patienternes aktuelle problemstillinger og risici.

Der var flere problemområder, der ikke var fagligt vurderet, og ved tilsynet kunne der ikke i tilstrækkeligt omfang redegøres for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse tilstande.

Mangelfulde sygeplejefaglige vurderinger og planlægning af sundhedsfaglige indsatser udgør en betydelig risiko for, at patienterne ikke får den rette pleje og behandling.

Vi konstaterede, at døgnrytmeplanerne i nogen grad afspejlede de handlinger, der blev foretaget i relation til patienternes aktuelle problemstillinger.

I alle stikprøver var der i flere tilfælde ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på patienternes pleje og behandling. Manglerne i den sundhedsfaglige dokumentation betød, at der i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøres for, hvilke overvejelser, der var gjort, hvilken pleje og behandling der var udført, samt resultatet heraf.

På baggrund af ovenstående fund vurderer vi, at instruksen for journalføring ikke var tilstrækkelig opfyldt.

Det er vores vurdering, at den manglende beskrivelse af opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf. Det udgør en risiko for patientsikkerheden når der ikke følges op på ændringer i patientens tilstand og de aktuelle problemstillinger således opdateres.

Medicinhåndtering

På baggrund af de mangler der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruks har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Øvrige fund

Vi konstaterede ved tilsynet, at medicinrummet var en del af centrets linnedepot. Der var en lås til linnedepotet og en lås til medicinskabet. Således var der risiko for mange forstyrrelser fra personale, der skulle hente linned.

Opsamling

Vi har i vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for den sundhedsfaglige dokumentation med manglende struktur og systematik, manglende faglige vurderinger, manglende opfølgning og evaluering, samt indenfor medicinhåndteringen med manglende implementering af medicininstruksen, hvilket kræver målrettet arbejde, inden målepunkterne kan opfyldes.

Vi vurderer endvidere, at en fraværende dokumentation op til og efter en borgers hospitalsindlæggelse er en skærpende omstændighed i forhold til patientsikkerheden på Ældrecentret Broparken.

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

2. Krav og henstillinger

Krav

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

| Målepunkt | | Krav |
|-----------|--|---|
| 2. | Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal |
| 3. | Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemerBehandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand |
| 4. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstandBehandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand |
| 5. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.Behandlingsstedet skal sikre, at de kender instruksen for journalføring og følger denne. |

| | | |
|-----|--|---|
| 9. | Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne |
| 10. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke |
| 11. | Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poserBehandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicinBehandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer |

Henstillinger

| | | |
|-----|--|--|
| 14. | <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u> | <ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at medicindosering og anden håndtering af medicin foregår på en patientsikker måde |
|-----|--|--|

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

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

Journalføring

| | Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|----|---|---------|--------------|--------------|---|
| 2. | <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u> | | X | | Vi konstaterede, at journalen ikke blev ført systematisk, idet det var vanskeligt at få overblik over de sundhedsfaglige notater i stikprøverne. |
| 3. | <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u> | | X | | <p>Det var gennemgående i alle tre stikprøver, at der var problemområder, der ikke var beskrevet fyldestgørende og potentielle problemområder der ikke var vurderet.</p> <p><u>Ernæring</u> Det var gennemgående i alle tre stikprøver, at området ikke var beskrevet i relevant omfang. Her var beskrevet vitaminmangel, men ikke hvilke kostform patienten skulle have, hvor meget denne indtog, og hvilke hjælpemidler der skulle tages i brug for at få en sufficient ernæring hos eksempelvis en</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>borger med halvsidig lammelse og neglect.</p> <p><u>Hud:</u> I en ud af tre stikprøver var helbredstilstanden hud ikke beskrevet, hvor det var relevant hos en immobil, overvægtig patient med halvsidig lammelse.</p> <p><u>Mobilitet:</u> I tre ud af tre stikprøver var helbredstilstanden mobilitet ikke beskrevet. I to tilfælde brugte patienten kørestol, og der var ikke beskrevet hvilken betydning en apopleksi og en inflammatorisk tilstand betød for patientens mobilitet. I det sidste tilfælde manglede beskrivelse af mobilitet ift hoftesmerter.</p> <p><u>Viden/udvikling:</u> I tre ud af tre stikprøver manglede en fyldestgørende beskrivelse af patienternes viden/udviklingsniveau relateret til manglende egenomsorg, mestring og motivation</p> <p><u>Smerter:</u> I tre ud af tre stikprøver manglede en fyldestgørende beskrivelse af patienternes smerter. I en stikprøve var patienten ændret i smertebehandling og her manglede en beskrivelse af de neurogene smerter mht. hvor de sad og med hvilken intensitet. Hos en anden patient manglede ligeledes beskrivelse af gigt smerter, hvor de sad og med hvilken intensitet samt om der skulle</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|----|---|--|---|--|--|
| | | | | | <p>tages specielle hensyn f.eks. om morgenen. Hos den sidste patient med en psykiatrisk sygdom manglede beskrivelse af hoftesmerter.</p> <p><u>Udskillelse:</u> I to ud af tre stikprøver var der ingen beskrivelse af patientens habituelle afføringsmønster trods det at patienten fik fast laksantia, den ene med navlebrok og den anden med en neurogen tarm.</p> <p><u>Respiration:</u> I en ud af tre stikprøver manglede en beskrivelse af hvordan KOL hos en patient, som blev indlagt med cyanose, kom til udtryk. Der kunne ved tilsynet generelt ikke redegøres for ovennævnte mangler i journalerne.</p> |
| 4. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u> | | X | | <p>I tre ud af tre journaler var beskrivelsen af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser inkomplet. Der manglede f.eks. en beskrivelse af tørre øjne, depression, hoftesmerter, galdesten, skæl i hår, forstoppelse, angst, navlebrok</p> |
| 5. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u> | | X | | <p>Vi konstaterede ved tilsynet at der manglede beskrivelse af handlinger knyttet til potentielle plejeområder.</p> <p>Eksempelvis manglede der forebyggende tryksårsindsatser hos en overvægtig immobil patient med halvsidig lammelse.</p> |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|
| | | | | | <p>Ligeledes konstaterede vi, at der gennemgående var manglende opfølgning og evaluering på aktuel behandling og pleje.</p> <p>I en journal sås manglende opfølgning på virkning af smertestillende medicin efter indlæggelse.</p> <p>I en anden journal sås manglende opfølgning hos en patient med et tidligere stort forbrug af cigaretter og alkohol.</p> <p>I en tredje journal sås manglende opfølgning på indlæggelsen med en utilsigtet hændelse med medicin, hvor der manglede opdatering på patientens iltmangel på sygehuset. Der kunne ved tilsynet redegøres for ovennævnte mangler i journalerne.</p> <p>På baggrund af ovenstående fund vurderer vi, at instruksen for journalføring ikke var tilstrækkelig opfyldt.</p> |
| 6. | <u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u> | | | X | |

Faglige fokuspunkter

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

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|--|
| 7. | <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u> | X | | | |
| 8. | <u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u> | X | | | |

Medicinhåndtering

| | Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----|---|---------|--------------|--------------|--|
| 9. | <u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u> | | X | | På baggrund af de mangler der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. |
| 10. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u> | | X | | Der var i alle tre stikprøver i ca 30 procent af præparaterne uoverensstemmelse mellem medicinens handelsnavn og det som fremgik af medicinoversigten. |
| 11. | <u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u> | | X | | I en ud af tre stikprøver fandt vi uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne, idet der var doseret et præparat for meget i en morgendosis. I et tilfælde var der doseret et præparat med en forkert styrke. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>Hos en ud af to patienter manglede der navn og CPR nummer på doseringsæsker med dispenseret medicin</p> <p>Vi konstaterede ved tilsynet, at der opstod usikkerhed vedr. om den enkelte patients medicin var opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin.</p> <p>Vi konstaterede, at der var trådkurve/ skuffer i medicinskabet med plads til medicin for to patienter i hver skuffe.</p> <p>Enkelte af skufferne havde CPR nummer og navn på patienterne, men de fleste af skufferne fremstod uden navn. Hermed opstod en riskosituation for sammenblanding af patienternes medicin.</p> <p>I en ud af tre stikprøver var et PN præparat seponeret, men ikke opbevaret adskilt fra aktuel medicin.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

Patienters retsstilling

| | Målepunkt | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----|---|---------|--------------|--------------|---------------------|
| 12. | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u> | X | | | |

Hygiejne

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

Øvrige fund

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--|---------|--------------|--------------|--|
| 14. | <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u> | | X | | Vi konstaterede ved tilsynet, at medicinrummet var en del af centrets lille linnedepot. Der var en lås til linnedepotet og en lås til medicinskabet. Således var der risiko for mange forstyrrelser fra personale, der skulle hente linned. Dette udgør en potentiel risiko for patientsikkerheden. Ligeledes var der en hygiejnisk risiko, idet støv fra linned potentielt kunne kontaminere medicinbakkerne. |

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ældrecentret Broparken er et plejecenter i Rødovre kommune.
- Ældrecentret er organisatorisk inddelt i Stuen, 1. sal, 2. sal og B1 og B2.
- Plejeenheden udfører personlig pleje og praktisk bistand hos 78 borgere primært over 65 år, men der bor også yngre borgere.
- Den daglige ledelse varetages af forstander Marianne Løvdahl i samarbejde med afdelingssygeplejerske Susanne Arslev. Derudover er der en serviceleder samt teknisk chef.
- Der er i plejeenheden ansat cirka 100 medarbejdere med følgende faglige baggrunde: Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, plejehjemsassistent, sygehjælpere, pædagog, ergoterapeut, aktivitetsmedarbejder, ernæringsassistenter, diætist samt vagtplanlægger, it-medarbejder, ufaglærte og timelønnede afløsere.
- Plejeenheden har blandt andet samarbejde med misbrugskonsulenter, kontinenssygeplejerske, demensvejleder, akutteam, hygiejnesygeplejerske, fysio- og ergoterapeuter samt risikomanager.
- Plejeenheden har fast tilknyttet to plejehjems-læger der kommer hver 14 dag.
- Plejehjemmet er uddannelsessted for elever fra social- og sundhedsuddannelserne.
- Plejeenheden afholder daglige triagemøder med tværfaglig deltagelse samt faste morgenmøder/teammøder, hvor borgerne bliver gennemgået
- Alle i plejeenheden har adgang til journalsystemet Cura også vikarer, som får udleveret vikarkoder på dagen. De timelønnede har eget login.
- Der er følgende vakante stillinger: Afd. sygeplejerske, en sygeplejerske, en pædagog, fire social- og sundhedsassistenter og en social – og sundhedshjælper fordelt på dag - og aftenvagter.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse af 25. november 2023 vedr. medicin håndteringen og manglende faglighed.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2023 anvendt
- 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 borgere

Ved tilsynet deltog og afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

Helle Rabing forstander (plejehjemmet Ørbygaard)
Susanne Arslev, Afdelingssygeplejerske

Riskmanager
En social-og sundhedshjælper
En social-og sundhedsassistent.

Tilsynet blev foretaget af:

- Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske
- Gitte Landberger, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen eller ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling på klinikken.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer.
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

Journalføring

2. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

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

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

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

Referencer:

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

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

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

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

4. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

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

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:

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

6. Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Veiledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

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

8. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling

- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

Medicinhåndtering

9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

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

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til 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 dispensereres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)

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

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)

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

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

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

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

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

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

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

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

Referencer:

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

Patients retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende 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 informeret samtykke til behandling og hvordan det dokumenteres.

- Samtykke kompetence/handleevne:

Det skal fremgå af journalen, hvis patienten er vurderet til helt eller delvist ikke selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Det skal fremgå, hvem der kan samtykke på patientens vegne til pleje og behandling (stedfortrædende samtykke) i de tilfælde.

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

- Informeret samtykke:

Det skal fremgå i nødvendigt omfang af journalen, hvad der er informeret om forud for opstart af ny behandling. Det skal altid fremgå, hvem der har givet samtykket til behandlingen.

Det gælder også, når behandlingsstedets personale iværksætter en behandling på baggrund af en ordination fra eller aftale med behandlingsansvarlig læge, hvor behandlingsstedet er ansvarlige for at indhente og journalføre informeret samtykke til behandlingen.

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

Hygiejne

13. Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

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

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

Referencer:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, 5.1 udgave, Statens Serum Institut 2019](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder⁵ til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁷. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

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

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁸.

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

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

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#)⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på [plejhjemsoversigten.dk](#).

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

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

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

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

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1