

---

# Tilsynsrapport

## Svane Pleje, Kolding

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

**Svane Pleje, Kolding**  
**Centervej 2G**  
**6000 Kolding**

**CVR- nummer:** 35837876 **P-nummer:** 1019976560 **SOR-ID:** 958321000016005

**Dato for tilsynsbesøget:** 07-12-2023

**Tilsynet blev foretaget af:** Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Vest  
**Sagsnr.:** 35-2011-14804



# 1. Vurdering

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af oplysninger fra behandlingsstedet omhandlende tiltag, som Svane Pleje har iværksat både før tilsynet og på baggrund af tilsynet. I forhold til de tiltag der blev iværksat før tilsynet er det vores vurdering, at disse oplysninger blev præsenteret for tilsynet på tilsynsdagen og allerede indgår i tilsynets samlede vurdering af behandlingsstedet.

Svane Pleje bemærker at medarbejderne ikke varetager opdatering af medicinkort. Det er styrelsens vurdering, at Svane Plejes medarbejdere har et selvstændigt ansvar for at reagere, hvis oplysninger på medicinkortet vedrørende ikke-dispenserbar medicin, som medarbejderne administrerer, ikke er korrekt angivet.

På baggrund af tilsynet oplyser Svane Pleje, at der er foretaget en opdatering af arbejdsgange for delegering af sundhedsfaglige indsatser som er under implementering, som skal sikre, at det nødvendige grundlag for at varetage den sundhedsfaglige indsats er tilstede, før Svane Pleje accepterer en delegeret opgave fra sygeplejen. Desuden er der et øget fokus på introduktion og oplæring af medarbejdere i forhold til hygiejne.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de beskrevne mangler vedrørende delegering af sundhedsfaglige indsatser og hygiejne. 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 behandlingsstedet.

Vi har derfor den 8. februar 2024 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på [stps.dk](https://stps.dk) og på [sundhed.dk](https://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 **07-12-2023** vurderet, at der på **Svane Pleje, Kolding** er

**Større problemer af betydning for patientsikkerheden**

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

### **Ansvar og kompetencer og sygeplejefaglige vurderinger**

Vi konstaterede under tilsynet, at det ikke var sikret, at alle medarbejdere udførte de sundhedsfaglige opgaver som aftalt. Det er vores vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis ledelsen ikke sikrer, at alle medarbejdere er bevidste om deres ansvar for udførelsen af de sundhedsfaglige opgaver.

Vi konstaterede, at Svane Pleje ikke i nødvendigt omfang sagde fra overfor sundhedsfaglige opgaver, som var delegeret fra den kommunale sygepleje, hvor den grundlæggende beskrivelse af patienterne og de sundhedsfaglige opgaver var mangelfulde.

Det var den kommunale sygepleje, som havde ansvar for at vurdere om delegerede sundhedsfaglige opgaver kunne udføres af hjemmeplejen, jf. kommunens beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold. Ligeledes var det den kommunale sygepleje, som beskrev patienternes problemområder, risici og den iværksatte pleje og behandling forud for en videredelegering af sundhedsfaglige indsatser til Svane Pleje. Det er vores vurdering, at Svane Pleje ikke havde et tilstrækkeligt grundlag fra den kommunale sygepleje til at sikre en forsvarlig behandling af patienterne, da Svane Pleje ikke havde modtaget løbende sygeplejefaglige vurderinger af patienternes tilstand og kompleksitet.

Svane Pleje havde ansvar for løbende at opdatere beskrivelsen af problemstillingerne ved ændringer samt vurdere og dokumentere, hvis der opstod nye problemområder eller ændringer i patientens tilstande

Vi konstaterede, at Svane Pleje ikke i tilstrækkelig grad vurderede og journalførte ændringer i patienternes tilstand, så det var sikret, at den kommunale sygepleje var orienteret om disse.

Det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis vurderingen af en patients kompleksitet, tilstand og problemområder ikke løbende følges op af den rette faggruppe. Dette udgør en risiko for, at patienterne ikke får den rette pleje og behandling af fagpersoner med de rette kompetencer.

### **Journalføring:**

Vi konstaterede mangler i journalføringen i forhold til beskrivelsen af patienternes aktuelle problemer, den afledte pleje og behandling samt opfølgning og evaluering.

Vurderingen og beskrivelserne af patienternes problemstillinger udgør grundlaget for den pleje, behandling, opfølgning og evaluering der skal foretages. Desuden danner disse vurderinger grundlag for, at de nødvendige og relevante observationer løbende bliver foretaget, så der reageres relevant på ændringer i patienternes habituelle tilstande. Det udgør eksempelvis en risiko for patientsikkerheden, hvis der ikke entydigt fremgår en beskrivelse af hvilken pleje og behandling, der er iværksat hos en patient med en MRSA infektion. Endvidere udgør det en risiko, at det ikke er beskrevet, hvordan en borger med smerter har det habituel og hvilke observationer, der væsentlige for hjemmeplejen at observere i forbindelse med udførelse og evaluering af behandlingen.

Personalet kunne i nogle tilfælde ikke redegøre for manglerne i journalføringen, hvorfor det er vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan

henføres til manglende journalføring, men i nogle tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

### **Hygiejne**

Vi konstaterede, at behandlingsstedet havde udført pleje og behandling hos en patient med MRSA-infektion uden værnemidler på to følgende dage. Vi vurderer, at det udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden, når der ikke anvendes relevante værnemidler, idet der er risiko for at sprede smitte til andre patienter. Endvidere konstaterede vi, at behandlingsstedet havde vanskeligt ved at fremfinde relevante instrukser for hygiejne og smitteforebyggelse. Vi vurderer, at fravær af sundhedsfaglige instrukser indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, da behovet for intervention alene baserer sig på det enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med akutte opståede situationer, i forbindelse med nyansættelser, brug af vikarer og skiftende og ufaglært personale.

### **Sygdom og ulykke**

Behandlingsstedet fulgte ikke instruksen for triagering og TOBS, idet vi konstaterede et tilfælde, hvor der ikke var beskrevet en opfølgning på en patient, som var triageret rød. Vi vurderer, at der udgør en risiko for patientsikkerheden, når behandlingsstedet ikke systematisk følger instruksen for triagering, idet der er risiko for, at der ikke følges rettidigt på ændringer i patienternes tilstande med risiko for yderlige forværring i patientens tilstand.

### **Konklusion**

Vi har i vurderingen lagt særligt vægt på, at over halvdelen af behandlingsstedets medarbejdere var ufaglærte, hvilket afleder et skærpet behov for, at der foreligger fyldestgørende journalføring af patienternes problemområder og præcise beskrivelser af relevante observationer, som der skal foretages hos patienterne. Vi har ligeledes lagt særligt vægt på, at behandlingsstedet ikke havde anvendt relevante værnemidler hos en patient med MRSA-infektion. Vi vurderer, at de uopfyldte målepunkter fordelte sig indenfor flere områder og kræver et målrettet tværfagligt samarbejde med den kommunale sygepleje inden målepunkterne kan opfyldes.

## 2. Krav og henstillinger

### Krav

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

Målepunkt		Krav
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation</li></ul>
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand</li></ul>
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"><li>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</li></ul>
7.	Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter</li></ul>
13.	Observation og interview om procedurer for hygiejne	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.</li><li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret og følger den skriftlige instruks mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.</li></ul>

## Henstillinger

10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke</li></ul>
-----	--	---

## 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		<p>Behandlingsstedet redegjorde for, at den kommunale sygepleje, foretog en vurdering af patienternes kompleksitet samt vurderede og beskrev patienternes problemstillinger forud for en overdragelse af opgaver til Svane Pleje. Svane Pleje havde ansvar for løbende at opdatere og tilføje beskrivelser ved behov. Behandlingsstedet havde også et selvstændigt ansvar for at vurdere og beskrive nye problemområder hos patienterne i stabile forløb.</p> <p>Vi konstaterede, at der af oplysningerne, som Svane Pleje havde til rådighed ikke fremgik en fyldestgørende vurdering af patienternes problemstillinger forud for at de havde fået overdraget de sundhedsfaglige opgaver. Det betød, at hjemmeplejen ikke i tilstrækkelig grad kunne tilgå den nødvendige viden om hvilke observationer, som de dagligt skulle foretage og hvornår de skulle reagere ved ændringer og give sygeplejen besked herom. Endvidere fremgik ikke oplysninger om, at sygeplejen havde foretaget løbende revurderinger af, om borgerens tilstand fortsat var stabil og opgaverne fortsat</p>

					<p>kunne være overdrages til behandlingsstedet.</p> <p>Vi konstaterede også ved interview med borgere, ledelse og ved journalgennemgang, at det ikke var tilstrækkelig sikret, at alle medarbejdere udførte opgaverne som aftalt, idet medarbejderne ikke havde brugt værnemidler, og i et andet tilfælde ikke havde journalført en opfølgning på en borgers tilstand.</p>
--	--	--	--	--	--

## Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>	X			
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Der var i alle tre stikprøver tilfælde, hvor der manglede beskrivelse af patienternes aktuelle problemområder samt risici forbundet hermed.</p> <p>Hos en patient, som var sengeliggende hele døgnet, manglede der en beskrivelse af, om der var foretaget en vurdering af patientens hud og risiko for udvikling af tryksår. Behandlingsstedet redegjorde for, at patienten dagligt blev observeret for udvikling af tryksår, og at huden aktuelt var intakt og uden trykspor.</p> <p>Hos samme patient manglede der en fyldestgørende beskrivelse af patientens</p>



					<p>stomi og hvilken pleje og behandling, som der dagligt skulle udføres, idet der ikke fremgik beskrivelse af hvordan stomien habituelt fungerede, herunder afføringsmønster og hvilke symptomer, der skulle reageres på.</p> <p>Behandlingsstedet kunne redegøre for hvilke observationer de vanligt foretog, og at patientens mavefunktion aktuel var habituel.</p> <p>Hos samme patient manglede der en fyldestgørende beskrivelse af patientens depression, idet der ikke var en beskrivelse af hvilke symptomer patienten vanligt frembød med ved forværring af tilstanden.</p> <p>Behandlingsstedet redegjorde for, hvilken symptomer patienten var kendt med ved forværring.</p> <p>Hos en anden patient manglede der en opdateret beskrivelse af patientens problem vedrørende vandladningsproblemer, idet denne ikke var opdateret siden 2020.</p> <p>Behandlingsstedet kunne ikke redegøre fyldestgørende for patientens problem og hvilken pleje og behandling der var iværksat i den forbindelse.</p> <p>Hos samme patient, som var i blodfortyndende behandling og var kendt med svimmelhed, manglede der en fyldestgørende beskrivelse af patientens risici og relevante interventioner i tilfælde af, at patienten skulle falde.</p> <p>Behandlingsstedet udtrykte i</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>forbindelse hermed, at der ikke var foretaget relevant vurdering af patientens risici i relation til fald.</p> <p>Hos en tredje patient manglede der en opdateret beskrivelse af patientens MRSA infektion, idet der var divergerende oplysninger i journalen vedrørende patientens aktuelle tilstand og den iværksatte pleje og behandling.</p> <p>Behandlingsstedet kunne redegøre for patientens tilstand og hvilken behandling de aktuelt udførte.</p> <p>Hos samme patient manglede der en fyldestgørende aktuel beskrivelse af patientens problemområder, risici og den iværksatte pleje og behandling relateret til patientens blodfortyndende behandling, diabetes og smerter. Det drejede sig blandt andet om, at der ikke var en beskrivelse af hvordan patientens smerter vanligt frembrød, og hvilke observationer og handlinger, som der skulle foretages i den forbindelse. Ligeledes manglede der en beskrivelse af, at patienten hyppigt havde faldepisoder, forebyggelsen af disse og hvilke observationer og handlinger der skulle foretages i den forbindelse.</p> <p>Behandlingsstedet kunne redegøre for ovenstående mangler i journalen.</p>
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser</u>	X			

	<u>samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>				
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>Hos en patient, som havde haft diarré, fremgik der ikke en beskrivelse af, om der var fulgt op på patientens tilstand. Behandlingsstedet redegjorde for, at patientens mavefunktion igen var habituel.</p> <p>Hos en anden patient fremgik der ikke en beskrivelse af, om der var fulgt op på patientens ændringer i humør, smerter og kvalme. Dette blev under tilsynet undersøgt og patienten havde selv taget kontakt til lægen og der var iværksat relevant behandling.</p>
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	Behandlingsstedet anvendte ikke rammedelegation

## Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>		X		Behandlingsstedet anvendte TOBS og triagering. Behandlingsstedet redegjorde for, at når en borger blev triageret rød, skulle der være en opfølgning i samråd med sygeplejen. Vi konstaterede et tilfælde, hvor der ikke var fulgt op på en patient, som var triageret rød. Ved tilsynet undersøgte behandlingsstedet dette nærmere, og konstaterede, at der var fulgt op, men at dette ikke var journalført. På den baggrund

					konstaterede vi, at hverken sygeplejen eller behandlingsstedet på eget initiativ havde opdaget, at der manglede en beskrivelse af den opfølgning, som var foretaget.
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>	X			
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		Vi konstaterede et tilfælde hvor et handelsnavn på en inhalationsspray ikke var opdateret.  Behandlingsstedet redegjorde for, at de alene havde ansvaret for medicinadministrationen af dispenseret medicin og ikke dispenserbar medicin og derfor ikke havde adgang til FMK, så de kunne opdatere handelsnavne på den lokale medicinliste.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>	X			

## 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		<p>Vi konstaterede følgende mangler i relation til hygiejne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at behandlingsstedet på to følgende dage ikke havde anvendt værnemidler hos en patient med MRSA på trods af, at instruksen for anvendelse af dette tydeligt fremgik af borgerens journal og af besøgsplanen.</li> <li>- at behandlingsstedet anvendte Kolding Kommunes instrukser, men at det var vanskeligt for behandlingsstedet at navigere rundt i systemet og finde de nødvendige og relevante instrukser.</li> <li>- et håndklæde på personalettoiletet</li> </ul>

## Øvrige fund

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

# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Svane Pleje er et privat hjemmehjælpsfirma med driftsoverenskomst med Kolding Kommune
- Svane Pleje havde på tilsynstidspunktet 57 patienter, som modtager sundhedslovsindsatser
- Der er samlet ansat ca. 50 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: syv social og sundhedshjælpere, 14 social og sundhedsassistenter og 30 ufaglærte.
- Svane Pleje er organiseret i to teams med to koordinatore tilknyttet til hver. Der arbejdes aktuelt med at implementere selvstyrende teams. Derudover er der en planlægger og en ressourcekoordinator, som er tilknyttet de to temas.
- Der er aktuelt en vakant dagvagsstilling og en vakant aftenvagsstilling
- Den daglige ledelse varetages af afdelingsleder Sif Larsen, som er tiltrådt stillingen pr. 1. november 2023.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse, som Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 29. september 2023. Efter vi har varslet tilsynet, har vi den 29. november 2023 modtaget endnu en bekymringshenvendelse, som behandlingsstedet blev orienteret om på tilsynsdagen og ligeledes fik udleveret skriftligt.

Henvendelserne omhandlede organisering, ansvar og kompetencer, medicinhåndtering og hygiejne.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 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. Derudover en gennemgang af en fjerde journal med fokus på, hvordan triagering og TOBS blev anvendt som metode til at opspore og følge op på ændringer i patienternes tilstand.
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Ved tilsynet deltog:

- Sif Larsen, Afdelingsleder
- Lea Honoré, kvalitetschef
- En social og sundhedsassistenter/koordinator
- To social og sundhedsassistenter
- En social og sundhedshjælper
- Leder af den kommunale sygepleje

- Leder af kvalitetsafdelingen, Kolding Kommune
- En kvalitetskonsulent, Kolding Kommune

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Niels Bruun, Direktør Svane Pleje
- Sif Larsen, Afdelingsleder
- Lea Honoré, kvalitetschef
- En social og sundhedsassistenter/koordinator
- To social og sundhedsassistenter
- En social og sundhedshjælper
- Leder af den kommunale sygepleje
- Leder af kvalitetsafdelingen, Kolding Kommune
- En kvalitetskonsulent, Kolding Kommune

Tilsynet blev foretaget af:

- Tina Kolding, oversygeplejerske
- Linda Bjerger Kok, oversygeplejerske

### **Øvrigt**

Svane Pleje havde på baggrund af en hurtig borgertilgang forud for tilsynet arbejdet målrettet og systematisk med at sikre tilstrækkelig oplæring af medarbejderne til at udføre sundhedsfaglige opgaver, ligesom der var en systematisk oversigt over medarbejdernes grundlæggende og erhvervede kompetencer.

Der havde været en periode med fravær af daglig ledelse. Den nuværende afdelingsleder var tiltrådt 1. november 2023.



# 5. Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

### 1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Der er fokus på:

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Vejlledning 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, frasat eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), 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.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol 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:

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

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

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

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

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

Referencer:

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

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

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

Der er fokus på om:

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

Referencer:

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

## **Faglige fokuspunkter**

### **7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke**

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

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

Referencer:

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

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

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

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

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

Referencer:

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

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

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

Referencer:

- [Vejledning om 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 medicinbehandling

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

- [Veiledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Veiledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Veiledning 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](#)

## Patienters retsstilling

### 12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes 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, 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 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 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