

# Tilsynsrapport

## NOH Anæstesiologisk Overafd.

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Smerteklinikker 2023-2024

**NOH Anæstesiologisk Overafd.**  
**Dyrehavevej 29**  
**3400 Hillerød**

CVR- nummer: 29190623 **SOR-ID:** 220781000016007

Dato for tilsynsbesøget: 12-03-2024

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2011-15642

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden og har ophevet påbud af 25. januar 2024. Vi afslutter dermed tilsynet

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **12-03-2024** vurderet, at der på **NOH Anæstesiologisk Overafd.** er

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på interview og journalgennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Vi konstaterede ved tilsynet, at Smerteklinikken på Nordsjællands Hospital har arbejdet målrettet og systematisk med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. De havde siden sidste tilsyn blandt andet udarbejdet og implementeret "Instruks om behandlingsplaner og systematisk opfølgning på opioidbehandling for patienter på Smerteklinikken, Nordsjællands Hospital Hillerød".

Vi har ved tilsynet lagt vægt på følgende:

#### Journalføring

Ved journalgennemgangen konstaterede vi, at der nu var lagt tydelige behandlingsplaner for patienternes smertebehandling, samt at det fremgik, at der var blevet fulgt op på behandlingen i henhold til behandlingsplanerne. Det var således muligt at se hvilke overvejelser der var gjort, hvilken behandling der var planlagt samt opfølgningen herpå.

#### Medicinhandling

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at der nu forelå en plan for behandlingen med afhængighedsskabende lægemidler, samt at der generelt blev sikret regelmæssigt personligt fremmøde ved receptfornyelse.

Hos patienter i behandling med korttidsvirkende opioider, var der nu generelt en begrundelse noteret i journalen, som forklaring på patientens behov for korttidsvirkende opioider.

Vi konstaterede ved journalgennemgang og opslag i FMK tre uoverensstemmelser mellem den medicinordination der fremgik i journalen og ordinationen i FMK.

### **Patienters retsstilling**

Patientens samtykke forud for iværksættelse af behandling var nu dokumenteret i journalen.

### **Overgange i patientforløb**

Hos de afsluttede patienter, vi gennemgik ved tilsynet, var der sendt epikrise til egen læge med tilstrækkelig information om patientens behandling i smerteklinikken samt oplysninger med henblik på fremtidig behandling.

### **Opsamling**

Vi konstaterede, at alle målepunkter var opfyldte fraset fundene vedrørende FMK. Det er vores vurdering, at behandlingsstedet kan rette op på dette ud fra den drøftelse, der var ved tilsynet. Det er vores samlede vurdering, at der er mindre problemer for patientsikkerheden, og vi forudsætter, at behandlingsstedet opfylder vores henstilling.

På den baggrund ophæver vi påbuddet af den 25. januar 2024.

## 2. Henstillinger

---

### Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
13.	Journalgennemgang af patienternes medicinering	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at den medicinordination, der fremgår af journalen, er i overensstemmelse med Fælles Medicinkort (FMK).</li></ul>

# 3. Fund ved tilsynet

## Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23
2.	<u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23
3.	<u>Interview om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</u>			X	
4.	<u>Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</u>			X	
5.	<u>Gennemgang af de formelle krav til instrukser</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23
6.	<u>Interview om korrekt identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23

## Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview om journalføring</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23
8.	<u>Journalgennemgang om formelle krav til journalføring</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23

## Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			
10.	<u>Journalgennemgang vedrørende afdækning af psykiatrisk ko-morbiditet i forbindelse med behandling</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23
11.	<u>Interview vedrørende afdækning af psykiatrisk ko-morbiditet samt vurdering af selvmordsrisiko i forbindelse med behandling</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23
12.	<u>Journalgennemgang vedrørende stillingtagen til aktuelt eller tidligere misbrug ved opstart af behandling med afhængighedsskabende lægemidler</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23

## Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Journalgennemgang af patienternes medicinering</u>		X		I tre ud af seks journaler var der ikke overensstemmelse mellem den medicinordination der fremgik i journalen og ordinationen i FMK. Hos en patient fremgik det af journalen, at patienten alene fik depottablet Oxycodon mens det af FMK fremgik, at patienten også fik ordineret korttidsvirkende tablet Oxycodon.

					Hos en anden patient fremgik det i FMK, at der var ordineret tablet Pregabalin efter skema, men skemaet fremgik hverken i journalen eller i FMK. Det blev ved tilsynet oplyst, at patienten havde fået udleveret standard optrapningsskema og selv varetog medicinhåndteringen. Hos en tredje patient var den ordinerede dosis af pn medicin for henholdsvis tablet Morfin og tablet Oxynorm i FMK højere end det fremgik af journalen.
14.	<u>Journalgennemgang af behandling med afhængighedsskabende lægemidler</u>	X			
15.	<u>Interview om behandling med afhængighedsskabende lægemidler</u>	X			Opfyldt ved tilsynet 9.10.23

## Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16.	<u>Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling</u>	X			

## Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
17.	<u>Journalgennemgang af vurdering af epikriser</u>	X			

## Øvrige fund

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



# 4. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Smerteklinikken på Nordsjællands Hospital hører under Anæstesiologisk afdeling.
- Smerteklinikken er monofaglig og varetages fast af to områdeansvarlige overlæger. Der tilbydes alene medicinsk behandling.
- Målgruppen er patienter med non-maligne kroniske smerte uden væsentlige sociale eller psykologiske problemstillinger.
- Patienterne visiteres fra regionens tværfaglige smertecentre eller direkte fra de kliniske afdelinger på Nordsjællands Hospital.
- Der er ca. 30 patienter tilknyttet smerteklinikken om året.
- Smerteklinikken varetager tillige rådgivning til praktiserende læger og de øvrige afdelinger på Nordsjællands Hospital.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn den 9.10.2023.

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 9.10.2023 et påbud til Smerteklinikken om:

1. at sikre forsvarlig varetagelse af behandling med afhængighedsskabende lægemidler
2. at sikre tilstrækkelige behandlingsplaner og opfølgning herpå samt journalføring heraf
3. at sikre overlevering af nødvendige oplysninger til andre sundhedspersoner
4. at sikre tilstrækkelig journalføring

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Smerteklinikker 2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået 6 journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget.

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 9.10.2023.

- Journalføring
- Informeret samtykke

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling af tilsynets fund deltog:

- Cheflæge Lars Steen Jakobsen
- Områdeansvarlig overlæge Jon Jacobsen
- Områdeansvarlige overlæge Peter Nørgaard
- Chefsygeplejerske Hanne Baden Nielsen
- Implementerings- og forbedringsspecialist Anne Marie Kodal
- Vicedirektør Birgitte Schousboe (deltog ved indledningen og den afsluttende opsamling)

Tilsynet blev foretaget af:

- Ulla Axelsen, overlæge
- Lone Teglbjærg, oversygeplejerske

# 5. Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

### 1. Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold

Den tilsynsførende interviewer ledelsen/sundhedspersonen om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og kompetenceforhold.

Ved interview af ledelsen/sundhedspersonen skal det fremgå:

- at organiseringen understøtter behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver
- at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver
- at der er retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

### 2. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets varetagelse af sundhedsfaglige opgaver.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er fastlagt procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande
- at personale, der varetager sundhedsfaglige opgaver, instrueres i de fastlagte procedurer
- at ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte procedurer.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet er instrueret i og anvender procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

### **3. Interview om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)**

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets instruktion af og tilsyn med personale, der fungerer som medhjælp (udfører delegeret forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er taget stilling til brugen af konkrete delegeret og rammedelegeret på behandlingsstedet
- at personale, der fungerer som medhjælp, instrueres i at varetage de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver, som varetages på behandlingsstedet
- at der føres tilsyn med personale, der udfører delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet er instrueret i varetagelsen af delegerede opgaver
- at eventuelle rammedelegeret er tydelige og anvendes i udførelsen af det daglige arbejde
- at personalet kan sige fra overfor opgaver, som de ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt.

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

### **4. Gennemgang af instrukser for rammedelegeret (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)**

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instrukser for rammedelegeret(er) for forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- at instrukserne er tilpasset personalets kompetencer, herunder beskriver hvilke faggrupper der kan anvende rammedelegeret
- at rækkevidden og omfanget af rammedelegeret til behandling af en defineret patientgruppe er beskrevet.

Referencer:

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

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

## 5. Gennemgang af de formelle krav til instrukser

Den tilsynsførende gennemgår et antal sundhedsfaglige instrukser for at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- hvem der er ansvarlig for instruksen
- hvilke personer/personalegrupper instruksen er rettet mod
- at der er en entydig og relevant fremstilling af emnet
- at der er dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

Referencer:

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

## 6. Interview om korrekt identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger

Den tilsynsførende interviewer sundhedspersonen/personale om behandlingsstedets praksis for korrekt identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger.

Ved interview af sundhedspersonen/personale skal det fremgå:

- at korrekt identifikation forud for behandling foretages både for habile og inhabile patienter
- at sundhedspersonen/personalet ved, hvornår identifikation skal foretages
- at sundhedspersonen/personalet anvender korrekt sikring mod forveksling.

[Anvendes ved sygehuse]

- at personalet kender behandlingsstedets krav til påsætning og anvendelse af identifikationsarmbånd (ID-armbånd) i forbindelse med indlæggelse og ambulante behandling
- at personalet kender procedurer for sikker identifikation, hvis patienten ikke bærer ID-armbånd.

Referencer:

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

## Journalføring

## 7. Interview om journalføring

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale/sundhedspersonen om behandlingsstedets procedure og praksis for journalføring.

Ved interview af ledelsen/sundhedspersonen skal det fremgå:

- at der er procedurer for personalets opgaver og ansvar i forbindelse med journalføring/at sundhedspersonen kender sine opgaver og ansvar i forbindelse med journalføring
- at der er procedurer for, hvor i journalen optegnelser skal føres/at sundhedspersonen ved, hvor i journalen optegnelserne skal føres
- at der er procedurer for, hvordan man retter i journalen/at sundhedspersonen ved, hvordan man forholder sig ved behov for rettelser i journalen
- at der er procedurer for personalets læse- og skriveadgang til journalen/at sundhedspersonen kan redegøre for læse- og skriveadgang til journalen
- at der er procedurer for, hvordan personalet skal tilgå oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal, samt hvorledes der skal journalføres i situationen og hvordan det indføres i journalen efterfølgende/at sundhedspersonen kan redegøre for, hvordan oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal tilgås, samt hvorledes der skal journalføres i situationen, og hvordan det indføres i journalen efterfølgende..

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet journalfører i henhold til behandlingsstedets procedure
- at personalet ved, hvordan de skal forholde sig ved behov for rettelser i journalen
- at personalet ved, hvordan de skal tilgå oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal, og hvorledes de skal journalføre i situationen og hvordan det indføres i journalen efterfølgende.

Referencer:

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

## 8. Journalgennemgang om formelle krav til journalføring

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere, om behandlingsstedet overholder de formelle krav til journalføring.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at notaterne er daterede
- at journalen indeholder patientens navn og personnummer
- at notaterne indeholder oplysninger om, hvem der har foretaget plejen og behandlingen
- at notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel medicinsk terminologi

- at notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- at teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- at det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format fx billeder.

Referencer:

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

## Faglige fokuspunkter

### 9. Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for at stille indikation for undersøgelser og behandlinger, samt lægge en plan for opfølgning.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at der er indikation for undersøgelser og behandlinger
- at der er lagt behandlingsplaner
- at der er fulgt op på behandlinger i henhold til behandlingsplanen.

Referencer:

- [Smerteguide, Sundhedsstyrelsen 2019](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

### 10. Journalgennemgang vedrørende afdækning af psykiatrisk ko-morbiditet i forbindelse med behandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der systematisk er taget stilling til psykiatrisk ko-morbiditet i forbindelse med behandlingen, herunder både afdækning af og opfølgning på eventuel psykiatrisk sygdom.

Det skal som minimum fremgå af journalen, at der er taget stilling til:

- Eventuel underliggende psykiatrisk sygdom, herunder angst, depression og misbrug (aktuelt og tidligere).
- Ved klinisk tegn på depression: Hvorvidt patienten vurderes selvmordstruet.
- Hvis patienten vurderes selvmordstruet, skal planen for opfølgning fremgå, og det skal fremgå, at der bliver fulgt relevant op.

Referencer:

- [Vurdering og visitation af selvmordstruede, Sundhedsstyrelsen 2007](#)
- [Opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter - National klinisk retningslinje, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

### **11. Interview vedrørende afdækning af psykiatrisk ko-morbiditet samt vurdering af selvmordsrisiko i forbindelse med behandling**

Den tilsynsførende interviewer ledelse og sundhedspersonale om behandlingsstedets praksis for afdækning af psykiatrisk ko-morbiditet samt selvmordsscreening i forbindelse med behandling.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der foreligger en procedure for afdækning af psykiatrisk ko-morbiditet, herunder misbrug
- at der foreligger en procedure for, hvornår personalet skal foretage en selvmordsscreening
- at der foreligger en procedure for, hvordan personalet følger relevant op i tilfælde af selvmordstanker hos en patient
- at selvmordsscreeninger journalføres.

Ved interview af personalet skal det fremgå:

- at personalet kan redegøre for, hvilke situationer det vil være relevant at foretage en selvmordsscreening
- at selvmordsscreeninger journalføres.

Referencer:

- [Vurdering og visitation af selvmordstruede, Sundhedsstyrelsen 2007](#)
- [Opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter - National klinisk retningslinje, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

### **12. Journalgennemgang vedrørende stillingtagen til aktuelt eller tidligere misbrug ved opstart af behandling med afhængighedsskabende lægemidler**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er taget sundhedsfagligt stilling til aktuelt eller tidligere alkohol- og/eller stofmisbrug i forbindelse med opstart af behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Det skal som minimum fremgå af journalen, at der er taget stilling til:

- Aktuelt eller tidligere alkohol- og/eller stofmisbrug med henblik på de særlige risici, der er forbundet hermed, herunder øget risiko for afhængighed og overdosering.



- Ved aktuelt misbrug: Plan for hvordan et aktuelt misbrug bringes under kontrol, inden opstart af opioider.

Referencer:

- [Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019](#)
- [Opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter - National klinisk retningslinje, Sundhedsstyrelsen 2018](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

## Medicinhåndtering

### 13. Journalgennemgang af patienternes medicinering

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for undersøgelser forud for og opfølgning på patienternes medicinering.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at der er foretaget de nødvendige undersøgelser inden ordination af medicin, hvor det kræves
- at der er en medicinanamnese
- at der er lagt en plan for medicin, hvor der kræves tilbagevendende blodprøver eller anden kontrol
- at der er fulgt op på effekt og eventuelle bivirkninger.

[Anvendes ved sygehussektor]

- at der er taget stilling til fortsat medicinering under indlæggelse og ambulante behandling
- at der ved udskrivelse er taget stilling til samtlige ordinationer, og at dette er ajourført i Fælles Medicinkort (FMK).

[Anvendes ved praksissektor]

- at den ordinerede medicin er i overensstemmelse med Fælles Medicinkort (FMK).

Referencer:

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

### 14. Journalgennemgang af behandling med afhængighedsskabende lægemidler

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at der er lagt planer for behandlingerne herunder en tidshorisont for revurdering af behandlingerne
- at det fremgår, hvem der har behandlingsansvaret, såfremt behandlingsstedets læger ikke selv har det
- at ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler, medmindre særlige omstændigheder taler herfor, er sket ved personligt fremmøde hos læge eller ved hjemmebesøg
- at der er taget stilling til eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen
- at behandling med opioider er med langtidsvirkende opioider. Eventuel behandling med korttidsvirkende opioider skal være særligt begrundet.

[Anvendes ved behandlingssteder, der behandler misbrug]

- at den ansvarlige læge for substitutionsbehandlingen har taget stilling til patientens eventuelle brug af benzodiazepiner, så denne behandling ikke ordineres af andre læger uden aftale med misbrugsbehandlingsstedet.

Referencer:

- [Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om helbreds krav til kørekort, VEJ nr. 10150 af 1. november 2022](#)
- [Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

## 15. Interview om behandling med afhængighedsskabende lægemidler

Den tilsynsførende interviewer læger om behandlingsstedets praksis for behandling af patienter med afhængighedsskabende lægemidler.

Ved interview af læger skal det fremgå:

- at der lægges planer for behandlingen og at disse journalføres
- at ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler, medmindre særlige omstændigheder taler herfor, sker ved personligt fremmøde hos læge eller hjemmebesøg
- at der tages stilling til eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen
- at kroniske smertetilstande, hvis de behandles med opioider, kun behandles med langtidsvirkende præparater.

[Anvendes ved behandlingssteder, der behandler misbrug]

- at den ansvarlige læge for substitutionsbehandlingen tager stilling til patienternes eventuelle brug af benzodiazepiner, så denne behandling ikke ordineres af andre læger uden aftale med misbrugsbehandlingsstedet.

Referencer:

- [Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019](#)

- [Vejledning om helbredskrav til kørekort, VEJ nr. 10150 af 1. november 2022](#)
- [Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

## Patienters retsstilling

### 16. Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for informeret samtykke til behandling.

Ved journalgennemgang skal det fremgå:

- at der er informeret om helbredstilstand og behandlingsmuligheder og indhentet samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter samt for børn og unge under 18 år.

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 information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

## Overgange i patientforløb

### 17. Journalgennemgang af vurdering af epikriser

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på vurdering af behandlingsstedets praksis for udfærdigelse af epikriser.

Ved gennemgang af epikriserne skal det fremgå:

- at anbefalinger om opfølgning hos egen læge er tydeligt beskrevet og står i begyndelsen
- at der er et kort resume af forløbet, herunder diagnoser, behandling og udførte undersøgelser samt parakliniske resultater
- oplysninger om medicin, herunder aftrapning og seponering af medicin, indikation for ny medicin og behov for opfølgning
- hvilken information, der er givet til patienterne
- at eventuel vurdering af fravalg af livsforlængende behandling er beskrevet.

Det skal endvidere fremgå:

- at epikriserne ved udskrivelse eller afslutning af behandlingsforløb tidsmæssigt er fremsendt i henhold til behandlingsstedets instruks.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\)](#), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021
- [Vejledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018](#)

## Øvrige fund

### 18. 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 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 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