

# Tilsynsrapport

## PHO O2 Sengeafsnit

### Regionspsykiatri - Horsens

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Sygehustilsyn - psykiatri

PHO O2 Sengeafsnit Regionspsykiatri - Horsens  
Sundvej 30  
8700 Horsens

CVR- nummer: 29190925 **SOR-ID:** 479231000016006

Dato for tilsynsbesøget: 04-06-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-16787



# 1. Vurdering

---

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **04-06-2024** vurderet, at der på **PHO 02 Sengeafsnit Regionspsykiatri - Horsens** er

**Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden**

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

Vi konstaterede, at alle målepunkter var opfyldt.

Behandlingsstedet fremstod sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik, og vi identificerede ikke problemer af betydning for patientsikkerheden. Ved tilsynet er der givet sundhedsfaglig rådgivning omhandlende dokumentation af informeret samtykke og indhold af epikriser.

Styrelsen stiller ingen krav eller henstillinger til behandlingsstedet på baggrund af det aktuelle tilsynsbesøg. Vi afslutter tilsynet.

## 2. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2.	<u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver</u>	X			

### Patientforløb og journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af, om der foreligger en systematisk vurdering af suicidalrisiko</u>	X			
4.	<u>Journalgennemgang vedrørende behandling af depression</u>	X			
5.	<u>Interview om indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			
6.	<u>Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			
7.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling</u>	X			

8.	<u>Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle og potentielle problemer samt plan for pleje og behandling</u>	X			
----	--	---	--	--	--

## Medicinering og medicinhandling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Interview om patientens medicinering og opfølgning herpå</u>	X			
10.	<u>Journalgennemgang af patienternes medicinering</u>	X			

## Øvrige fund

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

# 3. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Afdelingsledelsen på Regionspsykiatrien Horsens består af cheflæge Jens Holmskov og chefsygeplejerske Louise Brix Sønderup.
- Der er to sengeafsnits 01 og 02 aktuelt, men den 1. september 2024 åbnes Sengeafsnit 03 med 12 sengepladser.
- Sengeafsnit 02 har 18 sengepladser i lukket regi. Oversygeplejersken hedder Lis Eriksen. Den ledende overlægestilling er vakant, men opgaverne udføres af cheflægen indtil der starter en ledende overlæge i juli måned.
- Sengeafsnit 02 har tilknyttet ca. 65 plejepersonale herunder 25-30 sygeplejersker og 20 social- og sundhedsassistenter. Desuden er der en psykolog, en overlæge vikar og en speciallæge ansat, samt læger i uklassificerede- og uddannelsesstillinger.
- Patienterne indlægges med forskellige diagnoser enten lægevisiteret, som patientstyret indlæggelse eller ved dom til behandling.
- Hele afdelingen har fokus på bl.a. selvmordsforebyggelse og forebyggelse af tvang.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af bekymringshenvendelser omhandlende en konkret patient. Efter oplysning af sagen og gennemgang af det fremsendte materiale har vi vurderet, at der skal gennemføres et udgående tilsyn på 02 Sengeafsnit, Regionspsykiatrien Horsens, med særlig fokus på observation af selvmordstruede patienter, iværksættelse af relevant behandling, opfølgning og journalføring.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev der anvendt udvalgte generiske målepunkter
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået fem journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget

Ved tilsynet deltog:

- Jens Holmskov, cheflæge/konsulent
- Louise Sønderup, chefsygeplejerske
- Lis Eriksen, oversygeplejerske
- En læge i uddannelsesstilling
- To sygeplejersker
- En social- og sundhedsassistent
- En pædagog
- En kvalitetskonsulent
- En kvalitetskoordinator

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Jens Holmskov, cheflæge/konsulent
- Louise Sønderup, chefsygeplejerske
- Lis Eriksen, oversygeplejerske
- En læge i uddannelsesstilling
- To sygeplejersker
- En social- og sundhedsassistent
- En pædagog
- En kvalitetskonsulent
- En kvalitetskoordinator

Tilsynet blev foretaget af:

- Susanne Holst Bendix, oversygeplejerske
- Tommy Midtgaard Jensen, overlæge
- Szilvia Gulyas Frimmerne, overlæge

# 4. Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

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

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

Ved interview af ledelsen 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:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

### 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 der er klarhed over hvordan uenigheder mellem involverede sundhedspersoner vedr. vurdering og behandling af en patient håndteres
- 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:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

## Patientforløb og journalføring

### 3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af, om der foreligger en systematisk vurdering af suicidalrisiko

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er udført en systematisk sundhedsfaglig vurdering af suicidalrisiko samt plan for opfølgning herpå.

Journalen skal som minimum indeholde oplysninger om sundhedspersonens vurdering af:

- hvorvidt patienten vurderes suicidaltruet, og herunder tidligere har forsøgt at begå selvmord
- hvis patienten vurderes suicidaltruet, skal planen for opfølgning fremgå, og det skal fremgå, at planen følges.

Vurderingen skal som minimum finde sted ved indlæggelse, udskrivelse og overflytning.

Referencer:

- [Vurdering og visitation af selvmordstruede, Sundhedsstyrelsen 2007](#)

### 4. Journalgennemgang vedrørende behandling af depression

Det blev undersøgt om medicinsk behandling af den depressive patient var iværksat på en klar og entydig indikation.

I vurdering af depression forud for stillingtagen til medicinsk behandling indgår:

- anamnesticke oplysninger
- vurdering af sværhedsgraden ud fra kernesymptomer og ledsagesymptomer
- vurdering af selvmordsrisiko
- somatisk vurdering

Referencer:

- [Vurdering og visitation af selvmordstruede, Sundhedsstyrelsen 2007](#)
- [Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression hos voksne, 2007](#)
- [Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler, VEJ 9899, 2014](#)



## 5. Interview om indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Den tilsynsførende interviewer personalet for at vurdere behandlingsstedets praksis for at sikre indikation, plan for behandling og opfølgning.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at der tages stilling til indikationer for undersøgelser og behandlinger
- at der lægges planer for behandlinger
- at der er fulgt op på behandlinger i henhold til behandlingsplanerne.

Referencer:

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

## 6. 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 behandling og 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:

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

## 7. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets praksis for vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling.

Ved interview af personale skal de kunne redegøre for:

- at der er praksis for at foretage en vurdering af patienten, som tager udgangspunkt i følgende 12 sygeplejefaglige problemområder:
  1. funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
  2. bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
  3. ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning

4. hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
  5. kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
  6. psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
  7. respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
  8. seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
  9. smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
  10. søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
  11. viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt og hukommelse
  12. udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation og diarré
- at der er praksis for at identificere patientens problemer og risici på baggrund af vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
  - at der er praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens problemer og risici
  - at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)

## **8. Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle og potentielle problemer samt plan for pleje og behandling**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for vurdering af de 12 sygeplejefaglige problemområder og patientens aktuelle og potentielle problemer.

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at de 12 sygeplejefaglige problemområder er vurderet:
  - 1) Funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
  - 2) Bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
  - 3) Ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
  - 4) Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
  - 5) Kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen

- 6) Psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- 7) Respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- 8) Seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- 9) Smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- 10) Søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- 11) Viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt og hukommelse
- 12) Udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation og diarré.

- at patientens aktuelle og potentielle problemer er identificeret med udgangspunkt i vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at der er beskrevet en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle og potentielle problemer
- at planen for pleje og behandling er opdateret og beskriver patientens aktuelle og potentielle problemer

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)
- [Vejlledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

## Medicinering og medicinhandling

### 9. Interview om patientens medicinering og opfølgning herpå

Den tilsynsførende interviewer læger om behandlingsstedets praksis for undersøgelser forud for og opfølgning på patienternes medicinering.

Ved interview af læger skal det fremgå:

- at der tages stilling til mulige lægemiddelinteraktioner
- at der foretages de nødvendige undersøgelser inden ordination af medicin, hvor det kræves
- at der lægges en plan for medicin, der kræver tilbagevendende blodprøvekontrol eller anden kontrol
- at der følges op på effekt og eventuelle bivirkninger.

[Anvendes ved praksissektor]

- at den medicin, patienter får ordineret, er i overensstemmelse med Fælles Medicinkort (FMK).

[Anvendes ved sygehuse]

- at Fælles Medicinkort (FMK) suspenderes ved indlæggelse
- at Fælles Medicinkort (FMK) ajourføres og aktiveres ved udskrivelsen.

Referencer:

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

## 10. 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 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 en medicinanamnese
- at der er taget stilling til fortsat medicinering under indlæggelsen
- 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).

[Anvendes ved plejesektoren]

- at oplysninger om medicin og kosttilskud, der ikke er ordineret, men anvendes af patienten, fremgår af den lokale medicinliste.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

## Øvrige fund

### 11. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

# 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