

Tilsynsrapport

Forsorgshjemmet Toftlund

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

BOSTEDER 2024

Forsorgshjemmet Toftlund
Ad-Hoc Projekt Forsorgshjemmet Toftlund
Vestergade 9
6520 Toftlund

CVR- nummer: 43843230 P-nummer: 1029017618 SOR-ID: 1408681000016009

Dato for tilsynsbesøget: 02-07-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-17919

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget svar fra behandlingsstedet med beskrivelse af de tiltag, der er iværksat med henblik på at rette op på de konstaterede forhold. Vi har ligeledes modtaget alle relevante instrukser, som vi vurderer er fyldestgørende.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet siden tilsynet har arbejdet systematisk med udarbejdelse af instrukser og har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede forhold. Vi finder det på den baggrund dokumenteret, at der nu foreligger instrukser for medicinhåndtering, journalføring, hygiejne samt patienternes behov for behandling. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at instrukserne er implementeret og de øvrige tiltag på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på stedet.

Vi har derfor den 13. august 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 og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **02-07-2024** vurderet, at der på **Ad-Hoc Forsorgshjemmet Toftlund** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Behandlingsstedet havde ingen instruks for sundhedsfaglig dokumentation, men kunne overordnet redegøre for hvordan systematikken i journalføringen skulle være. Det er dog vores vurdering, at journalføringen var under implementering og ikke var fyldestgørende. Det var ikke muligt at få et samlet overblik over beboernes sygdomme og funktionsnedsættelser. Endvidere er det vores vurdering, at den

faglige vurdering, der var fortaget af de sygeplejefaglige problemområder ikke var tilstrækkelig. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når det ikke foretages en faglig vurdering af patientens aktuelle problemstillinger, herunder hvilke observationer der skal foretages i den forbindelse. Når personalets opgaver ikke er beskrevet, giver det risiko for at relevante observationer ikke foretages eller ændringer i beboernes tilstand ikke opdages eller følges op på rettidigt. Vi har lagt særlig vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke er kendskab til, hvornår observationer i forhold til beboernes abstinenser er relevante, og hvordan der skal reageres herpå. Endvidere har vi lagt vægt på, at manglende dokumentation af opfølgning på iværksat behandling eller observationer giver tvivl om i hvilken grad opfølgning har fundet sted.

Medicinhåndtering

Behandlingsstedet havde valgt at tage ansvaret for beboernes medicin, men havde ikke en fastlagt praksis for at vurdere, om der kunne være tilfælde, hvor det udgjorde en risiko at udlevere medicin til berusede eller påvirkede beboere.

Der var flere mindre, men dog gennemgående fund i medicinhåndteringen. Vi har lagt vægt på, at der aktuelt ikke var en arbejdsgang, der sikrede at dispenseret medicin ikke overskred holdbarheden på fire uger. Medicin med overskreden holdbarhed udgør en risiko for at medicinen ikke virker efter hensigten.

Det er vores vurdering, at der fandtes to instrukser for medicinhåndtering, der var gældende på behandlingsstedet. Det er vores vurdering, at den generelle instruks for medicinhåndtering stort set var fyldestgørende, hvis den blev tilpasset de lokale forhold, der var på forsorgshjemmet. Vi vurderer dog, at instruksen ikke var implementeret på behandlingsstedet, da der var flere delelementer i instruksen, som personalet ikke havde kendskab til.

Hygiejne

Behandlingsstedet havde en instruks for rengøring i medicinrummet, men ikke en instruks for hygiejne og det er vores vurdering, at personalet ikke var instrueret i en håndhygiejne, der efterlevede kravene i de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer.

Instrukser

Der var ikke en instruks, der beskrev patienternes behov for behandling, dog var der kort tid inden tilsynet udarbejdet en instruks for abstinenshåndtering. Det er vores vurdering, at denne ikke var fyldestgørende, ligesom det er vores vurdering, at behandlingsstedet ikke havde taget stilling til, i hvilket omfang der skulle observeres for abstinenser på behandlingsstedet, og hvordan dette skulle foregå.

Som ovenfor beskrevet manglede instruks for sundhedsfaglig dokumentation og hygiejne. Instruksen for medicinhåndtering var ikke lokalt tilpasset, og var ikke implementeret.

Samlet set er det vores vurdering, at behandlingsstedet var påbegyndt udarbejdelsen af relevante instrukser, men på nuværende tidspunkt ikke rådede over fyldestgørende sundhedsfaglige instrukser. Det er vores vurdering, at fravær af instrukser eller manglende implementering af gældende instrukser indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instrukser har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal de forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Konklusion

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedet var lydhøre omkring de konstaterede mangler og tilkendegav, at de ville påbegynde et systematisk arbejde med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Vi har dog også lagt vægt på omfanget af de uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, med hensyn til at få udarbejdet og implementeret samtlige instrukser, samt systematiske sygeplejefaglige vurderinger og journalføring og kræver målrettet arbejde, inden målepunkterne kan opfyldes.

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

2. Krav

Krav

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

Målepunkt		Krav
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
3.	Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at instrukser overholder de formelle krav til instrukser, som det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning
4.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation
6.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation
7.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med de behandlende læger
8.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat

	vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for medicinhåndtering
10.	Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten
12.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patienternes navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato • Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin • Behandlingsstedet skal sikre, at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato
13.	Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for brug af ikke lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud
15.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u>	X			
2.	<u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>		X		Behandlingsstedet havde ikke en instruks for patienternes behov for behandling. Der var kort tid inden tilsynet udarbejdet en instruks for abstinenshåndtering, men denne var ikke fyldestgørende, og beskrev ikke hvilke symptomer personalet skulle være opmærksomme på, og hvordan der skulle observeres og reageres.
3.	<u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>		X		De formelle krav til instrukser var ikke overholdt, idet det ikke fremgik hvem der var målgruppen for instrukserne.

Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	<u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>		X		Behandlingsstedet havde lavet en kort beskrivelse af dokumentation af de 12 sygeplejefaglige problemområder, men denne var ikke fyldestgørende. Instruksen var målrettet de tre social-og sundhedsassistenter. Det var ingen instruks, der beskrev, hvordan den sundhedsfaglige dokumentation generel skulle føres på behandlingsstedet.

5.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>	X			
6.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Det var besluttet, at der skulle foretages en sygeplejefaglig udredning efter fire dage. I de gennemgåede journaler var der i alle tilfælde gået længere tid, uden at begrundelse herfor fremgik. Der 12 sygeplejefaglige punkter var udfyldt, men de var ikke fyldestgørende beskrevet. Behandlingsstedet kunne i flere tilfælde ikke redegøre for den faglige vurdering, der var foretaget i relation til beboernes problemstillinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hos en beboer med balanceproblemer og faldtendens, fremgik det ikke at beboeren fik blodfortyndende medicin og hvilke observationer der var relevante i den forbindelse. Behandlingsstedet kunne delvis redegøre for risikoen ved fald og blodfortyndende behandling. Hos samme beboer fremgik det ikke at beboeren havde et alkoholmisbrug. Behandlingsstedet oplyste, at de var i tvivl om, hvor meget alkohol beboeren drak. • Hos en anden beboer, der dagligt indtog store mængder alkohol, var problemstillingen omkring dette ikke beskrevet. Beboerens vanlige tilstand og adfærd på høj promille var ikke beskrevet, og det

					<p>var derfor svært at få overblik over ændringer. Behandlingsstedet redegjorde for beboerens vanlige tilstand, men kunne ikke redegøre for, hvornår det var relevant at foretage observationer eller blive bekymret for beboerens tilstand.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hos en tredje beboer fremgik det af notaterne i dagbogsform, at beboeren havde haft flere somatiske klager, f.eks. problemer med ørepine, hvor der var iværksat en behandling. Behandlingsstedet oplyste, at de var i tvivl om hvorvidt beboerens symptomer var reelle, men der var ikke lavet en sygeplejefaglig vurdering af beboerens somatiske problemstillinger. Samme beboer havde et præparat mod sindslidelse som PN medicin, men dette var ikke beskrevet i en problemstilling, og det fremgik ikke ved hvilke symptomer beboeren måtte få udleveret PN medicin. Behandlingsstedet kunne redegøre for at beboeren fik dette mod uro og tankemylder.
7.	<u>Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>Der var ingen oversigt over beboernes sygdomme og funktionsnedsættelser. Det fremgik ikke, hvilke aftaler der var med behandlingsansvarlig læge, hvordan personalet skulle forholde sig hvis beboerne mødte berusede/påvirket til medicinudlevering.</p>
8.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige</u>		X		<p>Der var flere eksempler på, at det ikke fremgik af dokumentationen</p>

	<p><u>dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>				<p>om der var fulgt op på beboernes problemstillinger. F.eks. fremgik det af dokumentationen at personalet skulle kontakte en ørelæge dagen efter, men der var efterfølgende ikke beskrevet, om det var gjort eller hvordan det gik med beboerens øresmerter. På et senere tidspunkt fremgik det af dokumentationen, at patienten havde været i behandling med øredråber med god effekt. Behandlingsstedet kunne redegøre for at opfølgning var foretaget i det konkrete tilfælde.</p> <p>Det fremgik ikke af dokumentationen på hvilken indikation PN medicin var administreret, eller hvilken effekt der havde været. Behandlingsstedet oplyste, at de ikke systematisk spurgte til effekten, når de udleverede PN medicin.</p>
--	---	--	--	--	---

Medicinhandling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<p><u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u></p>		X		<p>Der var kort tid inden tilsynet udarbejdet en lokal medicininstruks, men denne var ikke fyldestgørende, idet der manglede beskrivelse af hvordan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ikke- dispenserbar medicin dokumenteres • medicin dispenseres • personalets opgaver og ansvar i håndtering af risikosituationslægemidler <p>Ved tilsynets afslutning blev fremvist en længere instruks vedrørende retningslinjer for medicinhandling. Instruksen var gældende for alle tilbud under Ad-</p>

					<p>Hoc projekt. Denne var således ikke lokalt tilpasset forholdene på forsorgshjemmet. Instruksen manglende beskrivelse af personalets opgaver og ansvar i håndtering af risikosituationslægemidler. Fraset dette var instruksen fyldestgørende.</p> <p>Det er dog vores vurdering, at instruksen ikke var kendt og anvendt af personalet.</p> <ul style="list-style-type: none">• Af instruksen fremgik det, at ophældning af medicin kun må ske, når al medicin er tilstede. Behandlingsstedet oplyste, at det var praksis, at der blev efterdoseret tabletter.• Af instruksen fremgik det, at æsker med ophældt PN medicin skal være mærket med medicinens navn, styrke, dosis samt holdbarhedsdato og dato for dispensering. Personalet havde ikke kendskab til, at dette stod i instruksen, og havde ikke praksis for at mærke ophældt PN medicin.• Af instruksen fremgik det, at medicin kun måtte opbevares udenfor original emballage i højst fire uger. Personalet havde ikke kendskab til dette.• Af instruksen fremgik det, at såfremt beboeren ikke ønsker, at tage medicinen, skal ordinerede læge kontaktes, hvis ikke andet er aftalt. Aftaler skal fremgå af behandlingsplanen. Dette var ikke praksis på behandlingsstedet.• Af instruksen fremgik det, at ved en PN administration skal det noteres hvorfor medicinen er givet, og
--	--	--	--	--	--

					virksomheden af PN medicinen. Dette var ikke praksis på behandlingsstedet.
10.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>		X		Behandlingsstedet havde ingen instruks omkring samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger
11.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		Det var gennemgående i alle tre stikprøver at præparatets aktuelle handelsnavn ikke fremgik af medicinlisten.
12.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og medicinbeholdning</u>		X		<p>I flere tilfælde var der taget hul på præparater med forskellige handelsnavne, så det var usikkert hvilke æsker, der var doseret fra.</p> <p>I to stikprøver var aktuell medicin ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin.</p> <p>I en stikprøve havde et vitaminpræparat overskredet holdbarheden.</p> <p>Dispenseret PN-medicin var ikke mærket med, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.</p> <p>Behandlingsstedet havde ligeledes en procedure at genbruge fyldte doseringsæsker med fast medicin fra dage, hvor patienten af forskellige årsager ikke havde fået sin medicin. Der var ingen mærkning eller arbejdsgang, der sikrede, at det doserede medicin ikke havde overskredet holdbarheden på fire uger.</p>
13.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede</u>		X		Der var ikke overensstemmelse mellem den arbejdsgang, der blev redegjort for ved interview og den arbejdsgang, der var beskrevet i den

	<u>håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>				<p>generelle instruks for medicinhåndtering. Behandlingsstedet oplyste, at de administrerede det håndkøbsmedicin beboerne kom med, men i instruksen fremgik det, at det kun måtte administreres, hvis lægen havde acceptere dette. Behandlingsstedet tilkendegav, at de ville rette arbejdsgangen, så de efterlevede beslutningen beskrevet i instruksen.</p>
--	--	--	--	--	---

Patienters retsstilling

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

Hygiejne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15.	<u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde ikke en instruks for hygiejne.</p> <p>Personale der håndterede medicin efterlevede ikke de Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne idet de bar ringe og kunstige negle.</p>

Diverse

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

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ad-Hoc projekt forsorgshjem Toftlund er et privat forsorgshjem med plads til 30 beboere
- Ad-Hoc projekt forsorgshjem Toftlund har været i drift siden 14. december 2023
- Beboerne på forsorgshjemmet kommer fra hele landet, og er gennemsnitlig indskrevet i tre måneder
- Forstander på forsorgshjemmet er Johnny Appel Schilling, der også er økonomidirektør og medejer af Ad-Hoc projekt
- Kort tid inden tilsynet var Dennis Kristoffersen ansat som daglig leder af forsorgshjemmet
- Personalegruppen består af tre social-og sundhedsassistenter, pædagogfagligt personale, socialrådgivere, misbrugsbehandlere
- Ad-Hoc projekt forsorgshjem Toftlund håndterede alle indskrevne beboeres medicin
- Ad-Hoc projekt forsorgshjem Toftlund samarbejder med hjemmesygeplejen, der varetager injektionsbehandling på forsorgshjemmet, når der er behov for det.
- Personalet på forsorgshjemmet er ofte behjælpelige med kontakt til beboernes læger og deltager i lægebesøg ved behov. Derudover skaber forsorgshjemmet kontakt til og følger op på aftaler med misbrugscenteret
- Det anvendte elektroniske dokumentationssystem er Sofus

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse fra Socialtilsynet om de sundhedsfaglige forhold på Ad-Hoc projekt Forsorgshjemmet Toftlund.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for bosteder 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre borgere

Ved tilsynet deltog:

- Johnny Appel Schilling, forstander
- To social-og sundhedsassistenter

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Johnny Appel Schilling, forstander
- En social-og sundhedsassistent

Tilsynet blev foretaget af:

- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent
- Ann-Christina Dahlgaard, sektionsleder

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

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

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

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

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

Referencer:

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

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

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

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

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

Referencer:

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

3. Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser

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

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

Referencer:

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

Journalføring

4. Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation

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

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

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

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

Referencer:

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

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

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

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

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

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

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

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

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

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

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

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

7. Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

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

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

Herunder særligt ved den medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af eksempelvis:

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

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

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning.

Referencer:

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

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

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

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

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

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

Medicinhåndtering

9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

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

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af risikosituationslægemidler

Personalet kender og anvender instruksen.

De syv risikosituationslægemidler er:

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

Referencer:

- [Vejledning om 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](#)
- [Risikosituationer, Styrelsen for Patientsikkerhed](#)

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

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

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

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

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

Referencer:

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

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

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

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

Referencer:

- [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](#)

12. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

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

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

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

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

- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning

Referencer:

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

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

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

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

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

Referencer:

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

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

Patienters retsstilling

14. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

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

- **Samtykke kompetence/handleevne:**

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

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

- **Informeret samtykke:**

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

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

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

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr. 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

Hygiejne

15. Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

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

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

Referencer:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om 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](#)

Diverse

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

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

Referencer:

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

Øvrige fund

17. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 247 af 12. marts 2024](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

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

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

Baggrund

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

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

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

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

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

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

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

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

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

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

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

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

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

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

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

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

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

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

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

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1