

Tilsynsrapport

Rehabiliteringsafdelingen

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Medicinhåndtering 2024

Rehabiliteringsafdelingen
Århusvej 35
8400 Ebeltoft

CVR- nummer: 29189978 P-nummer: 1020125337 SOR-ID: 1012011000016000

Dato for tilsynsbesøget: 23-09-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-18784

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 8. november 2024 modtaget materiale i form af en handleplan som udførligt beskriver hvilke tiltag Rehabiliteringsafdelingen Syddjurs har iværksat efter tilsynet den 23. september 2024.

Styrelsen anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på medicinhåndteringen samt sikre implementering af instruks for medicinhåndtering. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

Vi har derfor den 11. november 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 **23-09-2024** vurderet, at der på **Rehabiliteringsafdelingen** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Ved tilsynet fandt vi, at der var flere af målepunkterne på det fokuserede medicinhåndteringstilsyn, der ikke var opfyldt.

Medicinhåndtering

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af fund i medicinhåndteringen på Rehabiliteringsafdelingen samt den manglende sammenhæng mellem fund i medicinhåndteringen og instruks for medicinhåndtering.

Rehabiliteringsafdelingen havde en instruks der er vurderet fyldestgørende, men den blev ikke fulgt i forhold til flere af de beskrevne fund ved medicingennemgangene.

Vi konstaterede, at der gennemgæede var fund i alle tre medicinbeholdninger. I medicingennemgangene var der enkeltstående fund i forhold til opdatering af det aktuelle handelsnavn, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning, manglende dokumentation af ikke-dispenserbar medicin, at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin, at der ikke opbevares og anvendes medicin med udløbet holdbarhedsdato, at der manglede anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning, samt manglende navn på enkelte beholdere med patienters medicin. Endvidere var det gennemgående, at der var fund vedrørende forsvarlig opbevaring af medicin i forhold til fund af løse tabletter i alle tre medicingennemgange.

Vi konstaterede, at der var manglende systematik i forhold til beskrevne arbejdsgange for medicinhåndtering i forhold til de beskrevne arbejdsgange i behandlingsstedets instrukser.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Det er vores vurdering, at den manglende implementering af instruks for medicinhåndtering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter i medicinhåndteringen, herunder den manglende implementering af instruks for medicinhåndtering. Manglerne vurderes at have et større omfang og kræver målrettet arbejde med medicinhåndtering og implementering af instruksen, inden målepunkterne kan opfyldes.

Konklusion

Styrelsen vurderer, at der samlet 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.	Interview om medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet følger instruksen for dispensering af medicin.• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet følger instruksen for medicinadministration.
3.	Journalgennemgang af medicinlister	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (fx tabletter, mikstur) og styrke, herunder enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin fremgår af medicinlisten.
4.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning• Behandlingsstedet skal sikre, at det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår• Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende• 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.• Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning• Der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin

3. Fund ved tilsynet

Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Gennemgang af instruks for medicinhandling</u>	X			
2.	<u>Interview om medicinhandling</u>		X		På baggrund af manglerne i målepunkt 3 og 4 (om gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister og handling og opbevaring af medicin) vurderes det, at behandlingsstedet ikke havde implementeret deres instruks for medicinhandling.
3.	<u>Journalgennemgang af medicinlister</u>		X		I en medicingennemgang manglede der aktuel handelsnavn på fire præparater. Hos samme patient var der ikke angivet den korrekte dosering på et afføringsmiddel.
4.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		<p>I en medicingennemgang var et præparat til PN-medicinering ikke i patientens beholdning.</p> <p>I en medicingennemgang manglede der navn på to beholdere med medicin.</p> <p>Det var gennemgående at der var fund at løse tabletter i tre medicingennemgange, dels i beholdningerne af ikke aktuel medicin og dels i flere pakninger i den aktuelle medicinbeholdning hos en patient. De løse tabletter blev fjernet ved tilsynet.</p> <p>I en medicingennemgang var der fund af medicin, som var pauseret, men blev opbevaret i beholdningen</p>

					<p>af aktuell medicin. Det drejede sig om insulin samt en kur mod svamp.</p> <p>I to medicingennemgange var der fund af medicin med begrænset holdbarhed efter anbrudsdato. Det omhandlede fund af et afføringsmiddel hvor holdbarhedsdato var angivet til september 2023, som endnu var i anvendelse. Der var fund af to lægemidler mod svamp, hvor holdbarhedsdatoen var overskredet, en insulinpen hvor der også manglede navn og dato for anbrud, samt rester af en antibiotikakur. Fundene var at finde i aktuelle medicinbeholdninger og beholdninger af ikke-aktuel medicin. Alle præparater hvor holdbarhedsdatoen var overskredet blev kasseret ved tilsynet.</p> <p>I en medicingennemgang var der fund af en lægeordineret kur mod svamp og manglende anbrudsdato på præparatet som havde begrænset holdbarhed efter åbning.</p> <p>I en medicingennemgang var det gennemgående, at der ikke blev dokumenteret for ikke-dispenserbar medicin på to ordinerede præparater for forstoppelse.</p> <p>Ved tilsynet kunne der delvist redegøres for de beskrevne fund.</p>
--	--	--	--	--	--

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Rehabiliteringsafdelingen er et center med midlertidige og akutpladser samt genoptræning i Syddjurs Kommune
- Rehabiliteringsafdelingen har 28 pladser fordelt på tre afdelinger, heraf en afdeling med specialiseret genoptræning til borgere over 18 år med erhvervet hjerneskade, tre akutpladser og fire pladser defineret som skærmet enhed på en af afdelingerne
- Målgruppen er borgere bosat i Syddjurs Kommune som har behov for en målrettet intensiv og tværfaglig indsats efter sygehusindlæggelse eller med komplekse sygdomme. Der tilbydes endvidere ambulante genoptræning
- Borgere til Rehabiliteringsafdelingen visiteres via egen læge eller efter sygehusophold
- På Rehabiliteringsafdelingen er der i plejen ansat 28 medarbejdere, fordelt på sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedshjælpere. Der er tilknyttet syv timelønnede afløsere, samt afdelingen kontinuerligt har elever og studerende. Der er sygeplejersker i alle vagtlag alle ugens dage. På tilsynsdagen var der fem vakante stillinger og der blev anvendt vikarer på ugebasis dels fra kommunens egen vikarkorps samt eksterne vikarbureauer
- Rehabiliteringsafdelingen har kompetenceudviklingsmøder på alle afdelinger hver sjette uge, hvor der foreligger en årsplan for faste emner til vedligehold og udvikling af medarbejdernes kompetencer
- Rehabiliteringsafdelingen anvender omsorgssystemet Cura. Medarbejderne har adgang til de sundhedsfaglige instrukser på kommunens intranet, samt til proceduresamlingen VAR

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse omhandlende medicinbehandling.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for medicinbehandling 2023-2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instruks for medicinbehandling
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter, som blev udvalgt ved tilsynet

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling deltog:

- Helle Birgitte Rasmussen, leder af rehabiliteringsafdeling og sygepleje
- Maria Yoo Jin Jacobsen, leder af træning, sundhed og rehabilitering
- Sundhedsfaglig seniorkonsulent
- Kvalitetsansvarlig sygeplejerske
- Social- og sundhedsassistent

Tilsynet blev foretaget af:

- Mary-Ann Steenbryggen Christiansen, oversygeplejerske
- Sussi Albrechtsen, oversygeplejerske

5. Målepunkter

Medicinhåndtering

1. Gennemgang af instruks for medicinhåndtering

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instruks for medicinhåndtering.

Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- hvilket ansvar og hvilke kompetencer personalet skal have for at varetage medicinhåndteringen
- hvilke særlige forhold der er ved håndtering af bestemte lægemidler, fx hvis et lægemiddel ikke kan gives i
 faste doser
- hvilket samarbejde der er med de behandlende læger vedrørende medicinordinationer
- at der er procedurer for:
 - o dokumentation af medicinordinationer
 - o dispensering af medicin
 - o medicinadministration
 - o specialopgaver, fx ved brug af adrenalin
 - o arbejdsgangen for personalet, når lægen ordinerer medicin i Fælles Medicin Kort (FMK)
 - o kontrol og dokumentation ved modtagelse af medicin, herunder ift. om medicinen er i overensstemmelse
 med ordinationen
 - o opbevaring af medicin, så den er utilgængelig for uvedkommende
 - o hvordan personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
 - o håndtering af dosisdispenseret medicin
 - o hvordan personalet skal forholde sig, hvis patienten selv indtager eller ønsker at indtage håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som ikke er ordineret af lægen

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner, BEK nr. 1222 af 7. december 2005](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)

2. Interview om medicinhåndtering

Den tilsynsførende interviewer sundhedspersonen/personale om behandlingsstedets praksis ved medicin håndtering.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at sundhedspersonen/personalet har de fornødne kompetencer og kender deres ansvar i forbindelse med medicin håndteringen
- at sundhedspersonen/personalet følger proceduren for:
 - o samarbejde med de behandlende læger vedrørende medicin håndtering og ordinationer i FMK
 - o dokumentation af medicin ordinationer
 - o kontrol og dokumentation ved modtagelsen af medicin
 - o korrekt opbevaring af medicinen, så den er utilgængelig for uvedkommende
 - o dispensering af medicin
 - o medicin administration herunder håndtering af bestemte lægemidler, fx hvis et lægemiddel ikke administreres i faste doser eller lægemidlet er et risikosituationslægemiddel, håndtering af dosis dispenseret medicin og sikring af identifikation af patienten og patientens medicin
 - o specialopgaver, fx ved brug af adrenalin
 - o hvordan de skal forholde sig, hvis patienten selv indtager eller ønsker at indtage håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som ikke er ordineret af lægen

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](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)

3. Journalgennemgang af medicinlister

Den tilsynsførende gennemgår et antal medicinlister i journalerne for at vurdere behandlingsstedets praksis for dokumentation af medicin håndtering.

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal det fremgå:

- at de føres systematisk og entydigt
- at der er overensstemmelse mellem medicin ordinationen/Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste
- at der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ny ordination, ændringer i dato for justering af dosis, og/eller seponering
- at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling
- præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (fx tabletter, mikstur) og styrke
- hvem der administrerer medicinen
- enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin
- ordinerende læges navn.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)

4. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan sundhedspersonen/personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering 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 medicinhåndtering- og opbevaring opfylder følgende:

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

Referencer:

- [Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v. 3. udgave, Styrelsen for Patientsikkerhed september 2023](#)

- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner, BEK nr. 1222 af 7. december 2005](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

Øvrige fund

5. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1015 af 05. september 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.

Modstridende krav fra tilsynsmyndigheder

Oplever behandlingsstedet, at styrelsen stiller krav, der strider mod krav fra andre tilsynsmyndigheder, kan behandlingsstedet gøre styrelsen opmærksom på det ved at skrive til modstrid@stps.dk.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1