

Tilsynsrapport Lungemedicinsk Ambulatorium (KOL), Gentofte Hospital

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

TeleKOL- hospital 2024

Lungemedicinsk Ambulatorium (KOL)
Gentofte Hospital
Gentofte Hospitalsvej 1
2900 Hellerup

CVR- nummer: 29190623 578971000016004

Dato for tilsynsbesøget: 03-12-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-19142

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **03-12-2024** vurderet, at der på **Lungemedicinsk Ambulatorium (KOL), Gentofte Hospital** er

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer og interview vedrørende TeleKOL, 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 interview af to patienter fremhævede begge, at de havde en tryghed ved at anvende TeleKOL i deres behandlingsforløb.

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

Under tilsynet konstaterede vi, at der opstod tekniske problemer knyttet til at anvende it-systemet Telma, , hvor lyden måtte varetages separat via opkald på telefoner mellem behandleren og patienterne. Lignende var set under andet forudgående tilsyn med anvendelsen af Telma i regionen og kan have betydning for, hvor hensigtsmæssig anvendelsen af Telma og TeleKOL opleves for det involverede sundhedsfaglige personale.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview af ledelse og personale om organisering, ansvars- og kompetenceforhold	X			
2.	Interview vedrørende samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger	X			

Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Interview om overlevering og indhentning af nødvendige oplysninger	X			

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ambulatorium for Lunge- og Infektionssygdomme er en del af Afdeling for Medicinske Sygdomme på Gentofte Hospital. Ud over afsnit for indlagte patienter omfatter afdelingen 3 klinikker med en ambulante udredning og varetagelse målrettet patienter med lungesygdomme.
- Ved de lungemedicinske klinikker er etableret et tværfaglig KOL-team bestående af 7 erfarne KOL sygeplejersker, 4 KOL ansvarlige speciallæger med speciallæge Torgny Wilcke som specialeansvarlig, samt 2 sekretærer.
- Alle i teamet samarbejder om varetagelsen af ambulante KOL patienter, hvor KOL sygeplejersker vanligvis varetager den umiddelbare kontakt med patienter tilknyttet TeleKOL.
- Kontaktsygeplejerske/KOL sygeplejerske kan kontaktes af patienterne på hverdage i dagtiden kl. 8-15.
- På tidspunkter for tilsynets gennemførelse varetog afdelingen ca. 570 KOL patienter i forløb, hvor en grundlæggende kontakt mellem patienterne og afdelingen foregik ved telefoniske kontakter, når patienterne ikke var indlagte eller fremmødte fysisk i hospitalets ambulatorium.
- Af de ca. 570 patienter var 12 patienter tilknyttet TeleKOL, hvor de 12 patienter også blev varetaget telefonisk på lige fod med andre patienter.
- De 12 patienter var udvalgt med baggrund i patienternes behov for hyppige kontakter samt deres egnethed til at kunne varetage kontakten digitalt med eventuel telefonisk opbakning.
- Under anvendelsen af TeleKOL foretager patienterne indberetninger af data knyttet til deres sygdomsforløb jf. konkrete aftaler. Indberetningen sker imidlertid ikke med henblik på at sikre en tidstro overvågning med en afledt hurtige reaktioner fra hospitalets side. I stedet blev indberetningerne primært foretaget med henblik på at udvikle patienternes individuelle kompetencer til at forstå og overvåge deres egen sundhedstilstand med KOL. Afdelingen reagerer på patienternes indberettede data, men reaktionen kunne ske med flere døgners forsinkelse, hvorfor der var foretaget en grundig instruktion af patienterne om at anvende afdelingens telefoniske kontaktmulighed, samt at anvende 1813 og 112 ved behov.
- Ved tilknytningen til TeleKOL er ordineret lægemidler til den enkelte patient med en instruktion om en anvendelse heraf ved indrapportering af data med tegn på forværring af den enkeltes KOL. Medicineringen justeres herefter ved behov under kontakten mellem afdelingen og patienten.
- Der er ikke delegation af opgaver fra lægerne til sygeplejerskerne vedrørende den medicinske behandling. Sygeplejerskerne sikrer kontakt til de KOL ansvarlige læger ved behov for justeringer mm.
- Afdelingen har etableret samarbejde med almen praktiserende læger og primærsektoren knyttet til den konkrete varetagelse af den enkelte patient ved behov, men anvendelsen af TeleKOL sker alene i et samspil mellem afdelingen og patienten. Telma, TeleKOL anvendes således ikke tværsektorielt ved behandlingen af KOL patienter på Gentofte Hospital.
- Lunge- og Infektionssygdomme, Ambulatorium anvender Sundhedsplatformen som journalsystem samt it-systemet Telma til monitorering af patienter med KOL. Relevante data overføres manuelt fra Telma til Sundhedsplatformen som led i at sikre en entydig sundhedsfaglig journalføring.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for TeleKOL 2024 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere, samt interview af to patienter.

Ved tilsynet deltog:

- Jon Torgny Wilcke, specialeansvarlig overlæge
- Merete Bendixen, oversygeplejerske
- 2 sygeplejersker
- En konsulent
- En risikomanager

Tilsynet blev foretaget af:

- Hans-Erik Damerius-Terkelsen, overlæge
- Lone Teglbjærg, oversygeplejerske
- Amalie Grue Valentin, uddannelseslæge (observant)

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelse og personale om organisering, ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen/ledelsens repræsentanter samt personale om organisering samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelse og personale er der fokus på, at der kan gøres rede for:

- kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder eventuelle rammedelegationer på behandlingsstedet
- hvordan akutte tilstande håndteres, herunder relevant henvisning - fx hvis en patient bliver fysisk og/eller psykisk akut dårlig
- hvordan der sikres patientsikker brug af apparatur og digital kommunikation.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), BEK nr. 1219 af 11. december 2009
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\)](#), VEJ nr. 115 af 11. december 2009
- [Vejledning om ansvarsforhold m.v. ved brug af telemedicin mellem sundhedspersoner](#), VEJ nr. 9796 af 8. oktober 2021
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven](#), LBK nr. 1015 af 05. september 2024

2. Interview vedrørende samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale, med henblik på at vurdere deres samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af sygdomme.

Ved interview skal følgende fremgå:

- Hvorledes der sikres henvisning og opfølgning, hvor det er relevant

- Hvad proceduren er for kontakt til den/de behandlingsansvarlige læger ved kendskab til eller mistanke om, at en patient lider af sygdomme eller sygdomstilstande, som kontraindicerer eller som kan påvirkes ugunstigt af den tilbudte behandling.

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

Overgange i patientforløb

3. Interview om overlevering og indhentning af nødvendige oplysninger

Tilsynsførende interviewer relevant personale om, hvordan de sikrer overlevering og indhentning af nødvendige oplysninger til og fra andre relevante sundhedspersoner fx patientens alment praktiserende læge.

Det kan fx være behandlingsplaner og referenceværdier.

Referencer:

- [Vejledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

Øvrige fund

4. 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