



# Reaktiv tilsynsrapport Botilbuddet Godthåbsvej

Tilsyn med bosteder, 2017

Bosted

**Botilbuddet Godthåbsvej  
Godthåbsvej 1A**

**3400 Hillerød**

CVR- eller P-nummer: 1018660845

Dato for tilsynet: 17-11-2017

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-1673/2

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen har modtaget en fyldestgørende beskrivelse af den fremadrettede praksis for hvordan bostedet sikrer korrekt og patientsikker medicin håndtering, herunder med korrekte og tidstro ordinationer fra alle behandlende læger, når bostedet er involveret i medicin håndteringen for patienten. Styrelsen for patientsikkerhed har i høringsperioden ikke modtaget bemærkninger til de faktuelle forhold.

Det indkomne materiale er vurderet, og Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

## Vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 17. november 2017 vurderet at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

### **Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden**

Vurderingen af patientsikkerheden af behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

### **Begrundelse for tilsynet**

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 2. oktober 2017 en henvendelse fra Hjernesagen. Af henvendelsen fremgik det, at Bostedet Godthåbsvej havde uuddannet personale ansat, samtidig med, at de havde ringe viden om senhjerneskededes behov for pleje. Yderligere, at der var problemer med medicinering og konkret hjælp til dysfagipatienter. Bekymringen for patientsikkerheden var opstået på baggrund af en specifik borgersag, hvor to terapeuter havde overværet en spisesituation.

Styrelsen for Patientsikkerhed oprettede med baggrund i henvendelsen en sag med henblik på at belyse de konkrete forhold omkring varetagelsen af plejeopgaver på Bostedet Godthåbsvej. Som led heri besluttede styrelsen at gennemføre et reaktivt tilsyn den 17. november 2017 på Bostedet Godthåbsvej, med udgangspunkt i målepunkterne for Bosteder 2017, men med særlig fokus på den konkrete sag, medicineringen samt viden om dysfagi.

Styrelsen fik ved tilsynet oplyst at denne konkrete borgersag var oprettet som en utilsigtet hændelse (UTH). Tilsynet oplyste, at det ikke var normal praksis at Styrelsen kommer på reaktivt tilsyn på baggrund af konkrete UTH, og at styrelsen således ikke var bekendt med at der var indgivet en UTH på den konkrete hændelse.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på at botilbuddet fremstod med god faglig indsigt i, og forståelse for, de særlige problematikker der fremkommer ved pleje og behandling for og med senhjerneskedede, samt at der fint kunne redegøres for hvordan det foregik i hverdagen.

Med hensyn til brugen af borgenes nem-id, på baggrund af indhentede samtykke, kan det, efter konkret vejledning ved tilsynet samt efterfølgende juridisk vurdering konkluderes, at denne praksis ikke er lovlig. Bostedets direktør præciserede at gældende praksis omgående ville blive ændret.

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

- Ved tilsynet var 3 af 9 målepunkter ikke opfyldt i henhold til "Patientforløb og journalføring".

Overordnet fandt tilsynet at personalet var bekendt med de udfærdigede instrukser og vejledninger, om end at der var en omfattende redigering i gang i forbindelse med at der én uge forinden tilsynet var indført et nyt IT system. Det følger heraf at al information endnu ikke var overført fra det gamle system. Ledelsen kunne redegøre for gode procedurer og overvejelser i den forbindelse, således at dokumentationen fremadrettet blev håndteret patientsikkert. Der manglede en instruks om livsforlængende behandling. Der manglede en oversigt over aftaler med behandlingsansvarlige læge. Den nuværende beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering var beskrevet i spredte notater, ligesom den sygeplejefaglige vurdering og dokumentation delvist manglede indsatsmål, opfølgning og evaluering. Ledelsen oplyste, at det fremover ville fremgå samlet og struktureret efter den nye skabelon. Der var i omsorgsjournalen generelt ikke dokumenteret samtykke til pleje og behandling. Personalet kunne fint redegøre for hvordan det foregik i hverdagen, der blev indhentet samtykke, men det blev ikke dokumenteret.

- Ved tilsynet var 2 af 25 målepunkter ikke opfyldt i henhold til "Medicinhåndtering".

Vedrørende medicinhåndtering fandt tilsynet en creme der manglede anbrudsdato samt navn og cpr nummer. Yderligere manglede en instruks om samarbejde med behandlingsansvarlige læger. Tilsynet fandt helt overordnet, at personalet havde kendskab til de instrukser og vejledninger der var udfærdiget på området, og tilsynet fandt gode patientsikre procedurer i forbindelse med dispensering og udlevering af medicin.

- Ved tilsynet var 2 af 11 målepunkter ikke opfyldt i henhold til "Generelt".

Ved tilsynet manglede en instruks omhandlende patienternes behov for behandling. Derudover fandt tilsynet at to af de udfærdigede instrukser ikke levede op til de formelle krav angående signering og dato for ikrafttræden. Dette ville ledelsen straks bringe i orden.

- Øvrige fund: Arbejdsprocedure med at få korrekte og tidstro ordinationer fra behandlende læger fandt sted ved brug af borgernes nem-id.

Tilsynet gjorde opmærksom på, at vi ville søge yderligere juridisk rådgivning på dette område, idet de tilsynsførende ikke mente der var lovhjemmel til at gøre brug af borgenes private nem-id, heller ikke selvom de enten selv eller deres værger havde givet samtykke. Juristerne har efterfølgende afgjort at der ikke var hjemmel til denne praksis. Bostedets direktør bekendtgjorde allerede ved tilsynet at den gældende praksis ville blive ændret omgående.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

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

- at der foreligger en skriftlig instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 2)
- at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 6)
- at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig og systematisk og føres i én journal (målepunkt 7)
- at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 10)
- at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning (målepunkt 28)
- 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 (målepunkt 30)
- at samtlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser, som det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning (målepunkt 33)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående. Styrelsen anmoder om at få tilsendt følgende:

- Beskrivelse af hvordan bostedet sikrer korrekt og patientsikker medicinhandling, herunder med korrekte og tidstro ordinationer fra alle behandlende læger, når bostedet er involveret i medicinhandlingen for patienten.

Styrelsen anmoder om at få tilsendt eventuelle bemærkninger til rapporten.

Beskrivelse bedes fremsendt indenfor 3 uger.

## 2. Fund ved tilsynet

↑ Tilbage til vurdering

### Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1a:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes skriftlig instruks</u>	x			Instruksen er under redigering i forbindelse med at Bostedet den 10. november 2017 overgik til nyt IT system
1b:	<u>Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			Personalet er bekendt med, og har fået indledende oplæring i et nye IT system, men alle oplysninger er endnu ikke overført.
2a:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Efter en god dialog om evt. behov i fremtiden, ville bostedets ledelse udfærdige en instruks efter en model andetsteds i organisationen.
2b:	<u>Instruks om livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
3:	<u>Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	x			
4:	<u>Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	x			Tilsynet fandt dog at der manglede en entydig oversigt over hvilke aftaler der var indgået med de behandlingsansvarlige læger, <i>men bostedets ledelse havde planlagt det skulle indgå i instruksen omkring samarbejde.</i>
5:	<u>Aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>	x			
6:	<u>Informeret samtykke</u>		x		Bostedet gjorde det mundtligt, og vil fremover også dokumentere skriftligt.
7:	<u>Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal</u>		x		Journalføringen bar tydeligt præg af at en ntt IT system var indført for 1 uge siden. Journalen var derfor delt i to elektroniske journaler samt en fysisk mappe som blev opbevaret i et skab hos

					beboeren. Intensionen var at al dokumentation skulle føres i den nye journal.
--	--	--	--	--	---

## Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8a:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
8b:	<u>Instruks for medicinhåndtering. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
9a:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
9b:	<u>Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
10a:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Bostedet kunne henvise til dele af medicininstruksen, men bostedet fremførte selv at de ville udfærdige en instruks til dette målepunkt snarest.
10b:	<u>Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	
11:	<u>Dato for ordination og/eller seponering</u>	x			
12:	<u>Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen</u>	x			
13:	<u>Behandlingsindikationer skal fremgå</u>	x			Tilsynet fandt et smertestillende præparat, Paracetamol, hvor indikationen var anført meget bredt som: smerter, men personalet var bevidst om at det drejede sig om hovedpine, og de ville bede egen læge om at ændre ordlyden ved næste henvendelse.

14:	<u>Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin</u>	x			
15:	<u>Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn</u>	x			
16:	<u>Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt</u>	x			
17:	<u>Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin</u>	x			
18:	<u>Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt</u>	x			
19:	<u>Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker</u>	x			
20:	<u>Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen</u>	x			
21:	<u>Dispenseret pn. medicin</u>			x	
22:	<u>Identifikation ved medicinudlevering</u>	x			
23:	<u>Doseringsæsker er mærket korrekt</u>	x			
24:	<u>Medicinen opbevares forsvarligt</u>	x			
25:	<u>Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt</u>	x			
26:	<u>Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin</u>			x	Der var en god dialog om hvorfor det er vigtigt at adskille medicinen, og hvilke pædagogiske hjælpemidler der findes.
27:	<u>Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>			x	Tilsynet drøftede forudsætningerne for at unklade adrenalinopbevaring.
28a:	<u>Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet</u>	x			
28b:	<u>Der er anført anbrudsdato på præparater med</u>		x		Tilsynet fandt en tube creme der manglede anbrudsdato.

	<u>begrænset holdbarhed efter anbrud</u>				
--	--	--	--	--	--

## Generelt

29a:	<u>Personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling. Der findes skriftlig instruks</u>	x			
29b:	<u>Personalets kompetence, ansvar og opgavefordeling. Personalet kender og følger instruksen</u>	x			
30a:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Der findes skriftlig instruks</u>		x		Ved tilsynet var der ingen instruks på området, men ledelsen tilkendegav at man straks ville udfærdige en sådan.
30b:	<u>Instrukser om patienternes behov for behandling. Personalet kender og følger instruksen</u>			x	Det blev ved interview godtgjort at de var stor og detaljeret viden om patienterne, og der var gode, sikre procedurer i dagligdagen.
31:	<u>Håndhygiejne</u>	x			
32:	<u>Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.</u>	x			
33:	<u>Formelle krav til instrukser</u>		x		Tilsynet fandt enkelte instrukser som manglede dato for ikrafttrædelse samt signering.
34:	<u>Samtykkekompetence/handleevne</u>	x			

## Øvrige fund

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
35: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>		Tilsynet fandt at bostedet gjorde brug af patientens nem ID for at få oplysninger om medicinordination via sundhed.dk. Bostedet oplyste de omgående ville ophøre med denne praksis, og ville udvikle en anden praksis for at sikre de rette ordinationer.



## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Bostedet Godthåbsvej er et privat bosted som er godkendt af socialstyrelse til at modtage beboere efter § 108 i serviceloven. Bostedet ledes af direktør, og pt daglig leder, Jakob Damsgård, som er uddannet sygeplejerske. Der er plads til 6 beboere på tilbuddet, som drives af CURA pleje og handicap.  
Beboerne er senhjerneskedede, f.eks. efter trafikulykker, cancer eller blodpropper i hjernen. Beboerne kommer fra flere kommuner, og er mellem 44 og 62 år gamle. Tre er meget plejekrævende, og tre varetager for tiden et beskæftigelses tilbud.  
Der er etableret et godt samarbejde med de pårørende, forvaltningens sagsbehandlere, døgn hjemmesygeplejen og læger omkring beboerne. Ved behov for specialkompetencer indenfor medicin håndtering, f.eks. injektionsbehandling, er det hjemmesygeplejen der varetager dette. Der er ansat pædagoger og social- og sundhedsassistenter, og der er vågent personale hele døgnet. Botilbuddet gør brug af interne vikarer ved akut sygdom samt ved personalemøder i huset.

### Om tilsynet

- Begrundelse for tilsynet: reaktivt tilsyn på baggrund af bekymringsindberetning.
- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentationen for den omtalte patient blev gennemgået, og der blev foretaget enkelte nedslag i andre journaler.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til direktør og daglig leder Jakob Damsgård
- Tilsynet blev foretaget af: Læge Rikke Blom Rossel og oversygeplejerske Charlotte Kern.

## 4. Bilag

---

# Uddybning af målepunkter

### Patientforløb og journalføring

#### 1: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation

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

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.

Det sikres ved interview og observation, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

#### 2: Instruks om fravalg af livsforlængende behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for, hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem der i den konkrete sammenhæng anses for den behandlingsansvarlige læge
- Ansvar for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- Inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge

Journalføring, herunder:

- Oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling
- Genoplivningsforsøg
- Afbrydelse af behandling

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

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

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af](#)

behandling, uden for sygehuse, VEJ nr. 9025 af 17/01/2014

↑ Tilbage til oversigt

### 3: Beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling, og denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Problemområder, der skal være fagligt vurderet, og dokumenteret om det er aktuelle eller potentielle problemer:

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

#### *Specifikke målepunkter*

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: Som minimum er det beskrevet, om der er dyspnoe ved hvile, tale – og/eller funktion, om der er hoste/ekspektorat, behov for pep-fløjte/CPAP, behov for ilt, hvorvidt der er cyanose, og om patienten ryger
- Søvn og hvile: Det er beskrevet, om der er søvnproblematik, sidder/ligger patienten, behov for sovemedicin

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

↑ Tilbage til oversigt

#### **4: Oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge**

Der skal udarbejdes en oversigt over patienternes eventuelle sygdomme og funktionsnedsættelser, der har betydning for patientens aktuelle behandling, og potentielle problemer som behandles medicinsk, eller hvor der foretages observation og kontrol af tilstanden. Denne 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.

*Specifikke målepunkter:*

Ved AK-behandling:

- Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af INR-målinger og opfølgningen på blodprøvesvar
- Det fremgår, hvorfor patienten er i AK-behandling

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

**↑ Tilbage til oversigt**

#### **5: Aktuell beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

*Specifikke målepunkter:*

Ved AK-behandling:

- Der er dispenseret medicin indtil svaret foreligger på næste planlagte blodprøve. Næste dispensering er allerede sikret planlagt i kalenderen
- Der skal være et ordinationsskema for AK-behandling

Ved KOL:

- Respiration og cirkulation: Observationer vedrørende respirationsstatus, inhalationsteknik, rygning, skift af iltkateter, rengøring og brug af inhalationsdevices

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2015

Institut for Rationel Farmakoterapi: Udfordringer og muligheder ved AK-behandling ved atrieflimmer anno 2014

**↑ Tilbage til oversigt**

## **6: Informeret samtykke**

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om information til patienterne eller de pårørende om planlagt pleje og behandling af patienten, og patientens eller de pårørendes stillingtagen hertil (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke).

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje.

Referencer:

Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002

**↑ Tilbage til oversigt**

## **7: Dokumentationen er overskuelig og systematisk og føres i én journal**

Den sundhedsfaglige dokumentation skal;

- Føres overskueligt og systematisk i én journal
- Være tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling
- Opfylde de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelser og opbevaring

Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse dele omhandler.

Relevante bilag skal opbevares i enten den elektroniske journal (ved for eksempel indskanning) eller i separat papir journal. Dokumentationen skal opbevares i mindst 5 år for sygeplejefaglige optegnelser og 10 år for lægelige patientjournaler.

Referencer:

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016

**↑ Tilbage til oversigt**

## Medicinhåndtering

### 8: Instruks for medicinhåndtering

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Kontrol af at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- Personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhåndtering
- Dokumentation af medicinordinationer
- Identifikation af patienten og patientens medicin
- Hvordan medicin dispenseres
- Medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin
- Hvordan det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt
- Alle ovenstående elementer skal være beskrevet, og det skal fremgå, hvilke kompetencer personalet, der varetager opgaverne, skal have.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 9: Instruks for brug af ikke lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud

Ledelsen skal sikre, at der er instrukser for 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.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 10: Samarbejde med de behandlingsansvarlige læger

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger.

Den skriftlige instruks skal beskrive:

- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin.
- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder gennemgang og revision af den ordnede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

- Personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

**↑ Tilbage til oversigt**

### **11: Dato for ordination og / eller seponering**

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen 2011

**↑ Tilbage til oversigt**

### **12: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen**

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen, hvor lægerne har ordineret medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

**↑ Tilbage til oversigt**

### **13: Behandlingsindikationer skal fremgå**

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

**↑ Tilbage til oversigt**

#### 14: Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

#### 15: Dispenseringsform, styrke og aktuelle handelsnavn

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

#### 16: Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

#### 17: Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. Medicin

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011



[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### **18: Medicinlisten skal føres systematisk og entydigt**

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](#)

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### **19: Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og doseringsæsker**

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poser.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### **20: Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdningen**

Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### **21: Dispenseret pn. medicin**

Ledelse og personale skal sikre, at 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.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

## **22: Identifikation ved medicinudlevering**

Udlevering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år eller ved sikker genkendelse.  
Personalet kan redegøre for proceduren for udlevering af medicin, der skal overholde gældende love og vejledninger.

Referencer:

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13/12/2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

## **23: Doseringsæsker er mærket korrekt**

Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.

Referencer:

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13/12/2013

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011

[↑ Tilbage til oversigt](#)

## **24: Medicinen opbevares forsvarligt**

Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.

Referencer:

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

[↑ Tilbage til oversigt](#)

## **25: Hver enkelt patients medicin opbevares adskilt**

Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

↑ Tilbage til oversigt

#### **26: Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke-aktuel medicin**

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

↑ Tilbage til oversigt

#### **27: Adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf**

Der skal forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet 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](#)

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

↑ Tilbage til oversigt

#### **28: Holdbarhed på medicin og sterile produkter er ikke overskredet og der er anført anbrudsdato på præparater med begrænset holdbarhed efter anbrud**

Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling må ikke være overskredet.

Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.

Referencer:

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

[Korrekt håndtering af medicin, Sundhedsstyrelsen, 2011](#)

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

↑ Tilbage til oversigt

## Generelt

### 29: Personalets kompetence, ansvars og opgavefordeling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling i forhold til sundhedsfaglige opgaver.

Den skriftlige instruks skal beskrive kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 30: Instrukser om patienternes behov for behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive, 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.

Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 31: Håndhygiejne

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard.

Der skal være beskrivelser for, hvordan personalet forebygger spredning af smitsomme sygdomme, herunder overholder den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 32: Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.

Ledelsen skal sikre, at personalet ved udførelse af sundhedsfaglige opgaver, for eksempel medicin håndtering, har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen, og at denne overholdes.

Ledelsen skal sikre tilstrækkelige og relevante hjælpemidler i forbindelse med behandling. Personalet efterlever den Nationale Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

National Infektionshygiejniske Retningslinje om Håndhygiejne, 2013

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 33: Formelle krav til instrukser

Ledelsen skal sikre, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser, herunder at de skriftlige instrukser er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de skal være 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.

Ledelsen skal sikre, at personalet introduceres til instrukserne.

Referencer:

Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

[↑ Tilbage til oversigt](#)

### 34: Samtykkekompetence/handleevne

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, om patienten vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:

Bekendtgørelse af sundhedsloven, BEK nr. 913 af 13. juli 2010

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 04/07/2002

[↑ Tilbage til oversigt](#)

## Øvrige fund

<b>35: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</b>

[↑ Tilbage til oversigt](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Styrelsen vil ved tilrettelæggelsen af det risikobaserede tilsyn og læringsaktiviteter overordnet lægge vægt på indsatsområder og behandlingssteder, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tage hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Årets tema for styrelsens tilsynsbesøg er medicin håndtering og prøvesvar i patientforløb. Temaet udgør hovedfokus ved tilsynet for behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Endvidere har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

## Tilsynet

Tilsynet bliver normalt foretaget efter varsling af behandlingsstedet 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet<sup>4</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

<sup>3</sup> Sundhedsloven § 213, stk. 2

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1., jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner<sup>6</sup> udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>7</sup>.

Tilsynsbesøgene tager udgangspunkt i relevante generiske og specialespecifikke målepunkter for tilsynet, som kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside under Målepunkter. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., behandlingsstedet vil blive vurderet på.

Styrelsen undersøger ved tilsynet, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt.<sup>8</sup> Styrelsen reagerer herudover på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen handleplanen eller anden form for dokumentation, som er tilsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under Tilsynsrapporter.

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside<sup>9</sup>.

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk<sup>10</sup>.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
3. Kritiske forhold af betydning for patientsikkerheden

<sup>6</sup> Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 5.

<sup>8</sup> Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

<sup>10</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.



Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de gennemgåede målepunkter. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan 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 Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>11</sup>

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg<sup>12</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>11</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>12</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1