



Tilsynsrapport Psykiatrien Region Nordjylland, Klinik Psykiatri Syd, Modtageafsnit S4

Tilsyn med sygehuse - psykiatri, 2017

Sygehusafdeling

**Psykiatrien Region Nordjylland, Klinik Psykiatri Syd,
Modtageafsnit S4
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg**

P-nummer: 278291000016004

Aalborg kommune

Dato for tilsynet: 24-11-2017

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-288/4

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 24. november 2017 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af dette fremstod afdelingen sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at personalet ved interviews kunne redegøre for patientsikre procedurer i alle forhold. Styrelsen vurderer, at de mangler, der blev fundet ved tilsynet, var få og spredte, og det generelle indtryk er, at behandlingsstedet lever op til lovgivningens krav. Manglerne vurderes let at kunne udbedres, og ledelsen gav ved tilsynet tilsagn om at sikre dette. Styrelsen vurderer således, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Videre er det styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra dialog og rådgivning under tilsynet.

Sammenfatning af fund

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

Ved tilsynet den 24. november 2017 var fire målepunkter ikke opfyldt. Et indenfor patientforløb og journalføring, to indenfor medicinbehandling og et indenfor håndtering af prøvesvar.

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

Henstillinger

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at patienter med diagnosen depression vurderes patientsikkert, herunder at der er foretaget en systematisk vurdering af suicidalrisiko samt dokumenteret eventuelt tidligere suicidalforsøg (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at patienter med diagnosen depression følges patientsikkert, herunder at der foreligger en plan for behandling og opfølgning (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at ordination af medicin ved indlæggelse og udskrivelse er dokumenteret og følger behandlingsstedets retningslinjer herfor (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der i alle tilfælde foreligger informeret samtykke til behandling og undersøgelse, og at dette er dokumenteret i journalen (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der følges relevant op på resultater af parakliniske undersøgelser, og at opfølgning er dokumenteret i journalen (målepunkt 14)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

2. Fund ved tilsynet

↑ Tilbage til vurdering

Patientforløb og journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Journalgennemgang med henblik på indikation for undersøgelser/behandlinger</u>	X			
2:	<u>Journalgennemgang med henblik på patientsikker diagnostik</u>	X			
3:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af suicidalrisiko og plan for opfølgning</u>		X		Flere journaler manglede information om hvorvidt patienterne tidligere havde forsøgt selvmord. I et enkelt tilfælde manglede dokumentation af den information, der var givet til patienten vedrørende proceduren for henvisning til Center for Selvmordsforebyggelse samt hvornår patienten kunne forvente at få en tid.
4:	<u>Journalgennemgang med henblik på overflytning mellem afdelinger</u>	X			Det fremgik ikke af den kontinuerlige journal i hvilket afsnit, patienten var indlagt på et givent tidspunkt. Dette fremgik udelukkende af patientens forside i den elektroniske journal, hvilket man som ansat således skulle være opmærksom på.
5:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af epikriser</u>	X			
6:	<u>Interview vedr. sammenhæng i patientforløb ved længerevarende ambulante forløb</u>			X	
7a:	<u>Interview om sikring af sammenhæng i patientforløb ved udskrivelse (sikker procedure)</u>	X			
7b:	<u>Journalgennemgang med henblik på sikring af sammenhæng i patientforløb ved</u>	X			

	<u>udskrivelse (procedure gennemført patientsikkert)</u>				
--	--	--	--	--	--

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8:			X	
9:	X			
10:		X		Ved journalgennemgang blev der i en stikprøve fundet et eksempel på, at en patients vanlige medicin ikke var noteret i journalen ved indlæggelsen.
11:			X	
12:		X		Ved journalgennemgang var der i ingen af stikprøverne journalført, hvordan patienten ved indlæggelse forholdte sig til en eventuelt fremtidig anvendelse af tvang.

Prøvesvar

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13:	X			
14:		X		Der blev fundet et eksempel på at blodprøvesvar med skæve værdier ikke blev kommenteret i journalen og der blev ikke lagt en plan for videre opfølgning.
15:	X			

Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer
16:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici.</u>	X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- S4 i Klinik Psykiatri Syd var et akut modtageafsnit med 6 sengepladser. Afsnittet modtog akutte patienter til vurdering og eventuel indlæggelse i op til tre døgn. Patienterne var enten henvist fra praktiserende læge eller henvendte sig selv i afsnittet. Patienterne var fra 11 år og opefter.
- Afsnittet havde tilknyttet læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og psykologer. Der var en fast stab med høj anciennitet og lav udskiftning.

Om tilsynet

- Styrelsen havde forud for tilsynet modtaget og gennemgået 9 journaler for patienter med depression på Klinik Psykiatri Syd, Psykiatrien i Region Nordjylland.
- Der blev gennemført interviews med klinikledelse, afsnitsledelse, overlæger, yngre læge og sygeplejersker
- Afsluttende opsamling blev givet samlet til hospitals-, klinik- og afsnitsledelser. Videre deltog repræsentanter fra kvalitetsafdelingen og relevant personale.
- Tilsynet blev foretaget af overlæge Helene Hansen, læge Ditte Munkedal og oversygeplejerske Susanne Bendix.

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Patientforløb og journalføring

1: Journalgennemgang med henblik på indikation for undersøgelser/behandlinger

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om der var angivet indikation for undersøgelser/behandlinger, herunder af medicinske behandlinger.

Ved nye ordinationer skal det fremgå, hvorfor patienten skal have medicinen, fx "mod angst", "mod depression". Det er for upræcist fx at angive, at medicinen gives "for smerter" eller "for psykisk lidelse", hvis det ikke fremgår af journalen, hvilke smerter eller hvilken lidelse, det drejer sig om.

Indikationen for undersøgelsen/behandlingen, for eksempel ved røntgenundersøgelser og lægemiddelordinationer, skal fremgå. Jo mere indgribende undersøgelsen/behandlingen er, jo mere udførligt skal indikationen beskrives. Indikationen skal ligeledes beskrives særligt udførligt, hvis der er tale om en udviklingsfunktion, eller behandlingen hviler på et grundlag, der ikke er almindeligt lægeligt anerkendt.

Ved simple tilstande, hvor den valgte undersøgelse /behandling er indlysende, er det tilstrækkeligt med et ganske kort notat.

Referencer

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

[↑ Tilbage til oversigt](#)

2: Journalgennemgang med henblik på patientsikker diagnostik

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om diagnosen depression var stillet på et patientsikkert grundlag, og om der var foretaget relevant vurdering af sværhedsgrad forud for beslutning om behandling med antidepressive lægemidler.

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

- Generelle kriterier i form af varigheden af den depressive episode (mindst 2 uger), om det er første depressive episode, eller det er hypomani, mani, eller det er en blandingstilstand, samt udelukkelse af organisk ætiologi
- Vurdering af de tre kernesymptomer: Nedtrykthed, nedsat lyst/interesse og nedsat energi/øget træthed
- Vurdering af eventuelle ledsagesymptomer: Nedsat selvtillid/selvfølelse,

skyldfølelse/selvbebrejdelser, tanker om død/selv mord, tænke- /koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser, appetit- og vægtændring

- Vurdering af sværhedsgraden ved fx ICD-10 klassifikation eller Hamiltons skala eller tilsvarende
- Somatisk lægelig vurdering for at afdække somatiske sygdomme og differentialdiagnostiske overvejelser fx belastningsreaktion, stofskiftesygdomme (måling af TSH, Hgb) mv.
- At lægen ved mistanke om somatisk sygdom som årsag til symptomerne har udelukket det, eksempelvis med relevante parakliniske undersøgelser og evt. tilsyn fra andre specialer.

Vurdering af sværhedsgraden af depression	Antal kernesymptomer	Antal ledsagesymptomer	Behandlingsoplæg
Let depression	≥ 2	≥ 2	Samtaleterapi – ingen evidens for medicinsk behandling
Moderat depression	≥ 2	≥ 4	Samtaleterapi og evt. medicinsk behandling
Svær depression	3	≥ 5	Medicinsk behandling og støttesamtaler

Referencer

[Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007](#)

[Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler, VEJ nr. 9899 af 11/11/2014](#)

↑ Tilbage til oversigt

3: Journalgennemgang med henblik på, om der forelå en systematisk vurdering af suicidalrisiko og plan for opfølgning hos patienter med depression

Den behandlende læges vurdering af suicidalrisiko og plan for opfølgning skal fremgå af journalen for depressive patienter.

Journalen skal indeholde oplysninger om:

- Patienten tidligere har forsøgt selvmord
- Patienten har aktuelle selvmordstanker

Har patienten oplyst, at have aktuelle selvmordstanker, skal journalen også indeholde oplysninger om:

- Patientens oplysninger om selvmordstanker

Desuden skal det fremgå, hvorvidt

- Patienten har aktuelle selvmordsplaner
- Patienten har stærke selvmordsimpulser, men tager afstand fra disse
- Patienten fremstår forpint, ustabil og i væsentlig grad præget af håbløshed og sortsyn
- Patienten har depressive vrangforestillinger
- Der kan konstateres en udløsende begivenhed

- Der er foretaget en vurdering af suicidalrisikoen samt konklusion (ingen/øget/akut selvmordsfare)
- Der er lagt en plan for opfølgning, herunder fortsat vurdering af suicidalrisiko og af behandlingen.

Referencer

[Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler, VEJ nr. 9899 af 11/11/2014](#)

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

↑ Tilbage til oversigt

4: Journalgennemgang med henblik på overflytning mellem afdelinger

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om det fremgik, hvorfor patienten blev flyttet og hvilken status patienten havde ved overflytningen.

Al relevant sundhedsfaglig information videregives ved overflytning af en patient. Personalet på den overflyttende afdeling skal sikre videregivelsen af oplysningerne samt at informationen er opdateret og følger patienten. Det sikres, at der er sket overlevering af oplysninger om medicin, m.m. ved overflytning fra én afdeling til en anden. Personalet på modtagende afdeling skal sikre, at der følges op på behandlinger og øvrige planer iværksat inden overflytning.

Ved overflytning er der fokus på:

- Om der er fulgt op på behandlingsplaner (ordinationer, henvisninger, behandlingsjusteringer m.v.) iværksat inden overflytning
- Om der foreligger notater om opfølgning på målte afvigende parakliniske undersøgelser, somatisk komorbiditet samt på udvikling heri
- Om der er fulgt op på parakliniske undersøgelser bestilt inden overflytning

Vurderingen baseres på journalnotater fra den afdeling, som aktuelle tilsyn vedrører. Evt. afvigelse på anden afdeling vurderes ikke i denne tilsynsrapport.

Ovenstående vurderes også ved overflytning fra sengeafdeling til ambulat forløb.

Referencer

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

[Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v., VEJ nr. 9154 af 22/02/2007](#)

↑ Tilbage til oversigt

5: Journalgennemgang med henblik på vurdering af epikriser

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om planer for opfølgning efter udskrivelse, herunder også afslutning fra ambulat forløb, var beskrevet fyldestgørende i forhold til at sikre patientens videre behandlingsforløb. Som udgangspunkt skal en epikrise indeholde:

- Kort resumé af forløbet. Herunder diagnoser, væsentlig behandling og udførte undersøgelser, evt. prognose samt væsentlige overvejelser og fund. Desuden skal epikrisen indeholde vigtige parakliniske undersøgelsesresultater (billeddiagnostik, laboratoriesvar, patologisvar), hvor dette giver anledning til opfølgning.
- Medicinstatus. Hvis der er sket ændringer i patientens medicinering under indlæggelsen, skal lægemidlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed samt evt. administrationsvej altid fremgå.
- Ikke-afsluttede undersøgelser. Væsentlige undersøgelsesresultater, som ikke foreligger ved udskrivelsen eftersendes, hvilket skal fremgå af epikrisen.

Såfremt en behandling skal videreføres i andet regi (fx praktiserende læge eller speciallæge), skal epikrisen indeholde oplysninger om:

- En behandlingsplan med oplysninger om efterbehandling og efterkontrol herunder behov for videre udredning efter udskrivelsen. Det bør derudover fremgå, hvor og hvordan en eventuel opfølgning skal finde sted, hvem som skal foretage denne og hvornår denne skal foregå
- Medicinsk behandlings varighed, begrundelse for ændring i medicinen herunder seponering af medicin, og hvor videre opfølgning skal ske
- Hvilken information der er givet til patienten

Ved patientkritisk behov for opfølgning (ved mistanke om cancer, ved iværksat behandling, der kræver hurtig paraklinisk opfølgning som Lithium-behandling m.v.) er det ikke tilstrækkeligt at skrive behov for opfølgning i epikrise. Udskrivende afdeling har selvstændigt ansvar for at sikre, at opfølgning sker, herunder relevante henvisninger. Patienten kan ikke gøres eneansvarlig for opfølgning, og det er ikke tilstrækkeligt at forvente, at egen læge har læst epikrise og sikrer opfølgning på kritiske tilstande.

Referencer

[Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v., VEJ nr. 9154 af 22/02/2007](#)

↑ Tilbage til oversigt

6: Interview vedr. sammenhæng i patientforløb ved længerevarende ambulante forløb

Tilsynet vurderede ved interview, om der ved længerevarende ambulante forløb blev sikret sammenhæng i behandlingen, idet patientens praktiserende læge blev orienteret undervejs i forløbet.

Ved længerevarende ambulante forløb bør der undervejs i forløbet sendes en epikrise til orientering til patientens egen læge eller til den praktiserende speciallæge, som har henvist patienten. Hvor ofte der bør sendes en epikrise i et sådant forløb, må afhænge af en konkret vurdering.

Evt. kan der være tale om afsendelse af løbende journalnotater til orientering til egen læge/henvisende læge.

Referencer:

[Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v., VEJ nr. 9154 af 22/02/2007](#)

↑ Tilbage til oversigt

7: Interview og journalgennemgang vedr. sikring af sammenhæng i patientforløb ved udskrivelse

Tilsynet vurderede ved interview af personalet, hvorvidt proceduren ved overlevering af sygeplejefaglig dokumentation fra sygehus til kommunen (fx hjemmesygepleje, misbrugsbehandling, psykosocial indsats og bosteder) ved udskrivelse til fortsat pleje og/eller behandling i kommunalt regi var patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig.

Den sygeplejerske, der har ansvar for udskrivelse, har ansvaret for at sikre videregivelse af oplysninger, samt for at disse oplysninger er opdaterede og følger patienten.

Overlevering af sygeplejefaglig dokumentation fra sygehus til kommune ved udskrivelse til fortsat pleje og/eller behandling i kommunalt regi blev vurderet i et antal udskrivelser.

Indhold og omfang af overlevering vil være afhængig af den enkelte patients situation samt niveau for involvering af kommunen, men skal kunne danne et patientsikkert grundlag for arbejdet i modtagende sektor.

For nogle patienter kan det være relevant at videregive oplysninger om voldsrisiko og selvmordsrisiko, herunder ved udskrivelse til bosted m.v.

Referencer

[Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. 1569 af 16/12/2013](#)

[Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, VEJ nr. 9698 af 21/08/2009](#)

[Regionale sundhedsaftaler 2011-2014](#)

↑ Tilbage til oversigt

8: Interview om anvendelse af rammedelegationer for depressive patienter

Medarbejdere, som deltager i medicinhåndtering, interviewes om brug af rammedelegationer for behandling af patienter med akut eller kronisk depressiv tilstand, herunder hvorvidt personalet vurderer, om patientgrupper er klart definerede og der er entydige rammer for delegation af medicinsk behandling, og om disse følges i det daglige arbejde. Rammedelegationer i psykiatrien er relevant for både plejepersonale og psykologer. Rammedelegation med lægefaglig delegation skal være skriftlige.

Referencer

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11/12/2009](#)

[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](#)

↑ Tilbage til oversigt

9: Interview om ordination af patienternes medicin og opfølgning herpå

Personale involveret i ordination og afstemning samt ajourføring af patienters medicin og opfølgning herpå blev interviewet om procedurer i forbindelse hermed

Ved interviews skal det fremgå, at der som minimum er procedurer for følgende:

- At sikre, at den medicin, patienten tager ved indlæggelse og udskrivelse, er relevant og hensigtsmæssig og i overensstemmelse med FMK/journaloplysninger
- At der lægges en plan for opfølgning på medicin ordineret under indlæggelse, og at personalet er opmærksom på at sikre, at denne plan tydeligt fremgår af epikrise og sygeplejefaglig overlevering ved udskrivelse
- At sikre, at patienten er orienteret om, hvorfor de tager medicinen og vigtigheden af at overholde råd om opfølgning såvel klinisk som paraklinisk

Ajourføring af medicin omfatter både afstemning af medicin og stillingtagen til, om aktuell behandling er relevant og hensigtsmæssig.

Referencer

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

[Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v., VEJ nr. 9154 af 22/02/2007](#)

[Vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler, VEJ nr. 9899 af 11/11/2014](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

10: Journalgennemgang med henblik på vurdering af ordination af patienternes samlede medicinering og opfølgning herpå

Et antal journaler blev gennemgået for at vurdere, om der er ordineret, afstemt, ajourført og fulgt op på patienternes samlede medicinering ved indlæggelse og udskrivelse.

Ved gennemgang af journaler skal der som minimum fremgå følgende:

- At det er vurderet, om den medicin, patienten tager, er i overensstemmelse med FMK/oplysninger i henvisning
- At der er lavet en plan for opfølgning på medicin ordineret under indlæggelse, og at denne plan tydeligt fremgår af epikrise og af sygeplejefaglig overlevering ved udskrivelse
- At der er foretaget de nødvendige undersøgelser ved ordination af medicin, samt lavet kontrolplan for medicin, der kræver tilbagevendende blodprøve-kontrol eller anden kontrol, herunder ved anvendelse af antipsykotisk medicin og Lithium

Referencer

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

[Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v., VEJ nr. 9154 af 22/02/2007](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

11: Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med afhængighedsskabende lægemidler

Gennemgang af et antal journaler viste, at behandling med afhængighedsskabende lægemidler var

patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning på området.

Af journalen skal det som minimum fremgå at:

- Der er lagt en plan for behandlingen, herunder en tidshorisont for revurdering af behandlingen, som hovedregel indenfor seks måneder
- Behandling med langtidsvirkende benzodiazepiner bør undgås. Ved eventuel behandling med benzodiazepiner skal der være udarbejdet en behandlingsplan, herunder med angivelse af forventet varighed af behandling
- Behandling med opioider som hovedregel er med langtidsvirkende opioider. Eventuel behandling med korttidsvirkende opioider er begrundet i journalen
- Der er taget stilling til et eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen
- Ordination og fornyelse af recepter kun sker ved personlig konsultation, medmindre særlige omstændigheder taler herfor

Dette gælder både for aktuelle og forudgående ordinationer af opioider og benzodiazepiner.

Referencer

[Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9009 af 27/12/2013](#)

[Vejledning om helbreds krav til kørekort, VEJ 9693 af 31. juli 2017](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

12: Journalgennemgang med henblik på vurdering af informeret samtykke til behandling

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om det fremgik, at patienten forud for behandlingen havde givet samtykke hertil efter at have modtaget information om sin helbredstilstand, behandlingsmulighederne samt risiko for komplikationer og bivirkninger.

Det skal fremgå af journalen hvilken mundtlig og skriftlig information, der er givet til patienten, og hvad patienten har tilkendegivet med hensyn til behandling, herunder om patienten har givet samtykke til en konkret behandling. Stiltiende samtykke til almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, for eksempel rensning af sår, undersøgelse af højde, livvidde og vægt, stetoskopi osv. skal ikke journalføres.

Det skal altid som minimum fremgå af journalen, at patienten inden en udført behandling, har fået information om evt. risici for komplikationer mv. og har givet samtykke til behandlingen.

Ved mindre indgribende undersøgelser eller behandling vil det som udgangspunkt være tilstrækkeligt, at det er noteret i journalen, at patienten er informeret om undersøgelse og risici uden at det specificeres nærmere. Kravet til journalføringen øges jo mere alvorlig eller jo større den mulige komplikation er, fx vil ECT-behandling og nystartet behandling med antipsykotiske lægemidler, eller behandling med særligt store doser, altid forudsætte journalførte oplysninger om risici ved behandling og patientens samtykke hertil.

Det skal ved indlæggelse fremgå, at patienten er adspurgt til sin holdning til behandling, herunder anvendelse af tvang, hvis anvendelse af tvang kommer på tale. Patientens eventuelle forhåndstilkendegivelse skal fremgå af journalen. Patientens eventuelle forhåndstilkendegivelse skal være

inddraget i videst mulig omfang i behandlingsplanen.

Referencer

[Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14/09/1998](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998](#)

[Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, LBK nr. 1160 af 29/09/2015](#)

[Bekendtgørelse om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger BEK nr. 1342 af 02/12/2010](#)

↑ Tilbage til oversigt

Prøvesvar

13: Interview om håndtering af parakliniske undersøgelser

Medarbejdere, der håndterede parakliniske undersøgelser på behandlingsstedet, blev interviewet om, hvorvidt undersøgelserne blev håndteret patientsikkert.

Ved interviews skal det fremgå, at der som minimum er procedurer for følgende:

- at der bliver fulgt op, hvis der ikke kommer rettidigt svar på ordinerede undersøgelser
- at patienten informeres om afvigende svar, når disse har væsentlig betydning for udredningen/behandlingen af patienten.
- at svaret videregives hvis behandlingen er overtaget af andet sygehus/anden afdeling/egen læge
- at ordination, evt. rykker, undersøgelsesresultat og information af patienten journalføres
- at der er sket opfølgning, hvis en prøve er mislykket eller uanvendelig

Herunder vurderes det, om procedure ved iværksættelse og monitorering af behandling med Lithium er patientsikker.

Referencer

[Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31/05/2011](#)

↑ Tilbage til oversigt

14: Journalgennemgang med henblik på opfølgning på resultat af parakliniske undersøgelser

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om der var fulgt op på afvigende resultater af parakliniske undersøgelser.

Det vurderes herunder, om udskrivende sygehus/afdeling har taget stilling til kontrol af afvigende parakliniske fund efter udskrivelse.

Referencer

[Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31/05/2011](#)

↑ Tilbage til oversigt

15: Journalgennemgang med henblik på opfølgning på vurdering af ernæringstilstand

Der blev gennemgået et antal journaler med henblik på, om der var foretaget ernæringscreening, og om der var fulgt relevant op på resultat af ernæringscreening

Herunder vurderes det om:

- journalen indeholder vurdering af ernæringstilstand
- der er fulgt relevant op herpå, for eksempel med
 - udarbejdelse af ernæringsplan ved stærk over- eller undervægt
 - tilbud om diætist ved stærk under- eller overvægt
 - tilbud om udredning af søvnapnø eller fedmeinduceret åndenød ved stærk overvægt (BMI > 30)

Såfremt opfølgning og tilbud varetages kommunalt, skal kommunikation herom være sikret ved udskrivelse.

Referencer

[Sundhedsstyrelsen: Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister: Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko](#)

↑ Tilbage til oversigt

Øvrige fund

16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

↑ 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 tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, 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 medicinhandling 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 behandlingsstedet⁴. 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 journaloplysninger⁵.

¹ 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.

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner⁶ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient⁷.

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.⁸ 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 hjemmeside⁹.

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

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

⁶ 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.

⁷ Se sundhedsloven § 5.

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

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

¹⁰ 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.¹¹

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 tilsynsbesøg¹², fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1