



Tilsynsrapport Specialcenter Slagelse Halsebyvænget

Reaktivt tilsyn, 2019

**Specialcenter Slagelse Halsebyvænget
Halsebyvænget 52**

4220 Korsør

CVR- eller P-nummer: 1018882074

Dato for tilsynsbesøget: 18-06-2019

**Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed - Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-5102/1**

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af handleplan for patientsikkerhed, tre instrukser for medicin håndtering samt strateginotatnotat vedrørende patientsikkerhed i Specialcenter Slagelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed konstaterer, at en betydelig del af de uopfyldte målepunkter stadig ikke er bragt i orden. Styrelsen for Patientsikkerhed finder derfor ikke grundlag for at ophæve påbuddet af 7. maj 2019. Styrelsen vil foretage en administrativ opfølgning samt et nyt opfølgende tilsyn med henblik på at konstatere, at påbuddet er efterlevet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 18. juni 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Den 18. juni 2019 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende tilsyn på Specialcenter Slagelse, Halsebyvænget som opfølgning på påbud udstedt den 7. maj 2019. Påbuddet omhandlede patientsikkerheden inden for følgende områder: Forsvarlig medicin håndtering, tilstrækkelig journalføring og patienters retsstilling.

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

Vurderingen af patientsikkerheden ved det reaktive tilsyn tog afsæt i de målepunkter, som var relevante i henhold til påbuddet. Vurderingen er baseret på gennemgang af instrukser og journaler, interview med det pædagogiske personale samt drøftelse med bostedets ledelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed anerkender, at behandlingsstedet har iværksat en række tiltag for at imødekomme de krav, der udløste påbud af 7. maj 2019. Der var indkøbt et sundhedsfagligt modul til bostedets journalsystem. Endvidere var ledelsen opmærksom på at sende personale på kursus i medicin håndtering, ligesom Slagelse Kommune centralt har ansat sygeplejersker, der fungerer som konsulenter for medicin håndtering på kommunens bosteder. Derudover er Specialcenter Slagelse, Halsebyvænget i gang med en proces, der skal sikre, at personale har adgang til FMK. På nuværende

tidspunkt har medicinansvarlige og ledere adgang til at se i FMK. Ved tilsynet kunne det dog konstateres, at implementeringen af tiltagene var mangelfuld på en række områder, herunder særligt med hensyn til medicinhåndteringen.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder.

Mangelfuld journalføring, herunder patienters retsstilling, utilstrækkelig oversigt over patienters diagnoser samt mangler i vurderingen af patienternes aktuelle og potentielle problemer, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden. Ved mangelfuld journalføring er det vanskeligt at sikre overblik og kontinuitet i behandling af patienten.

Manglende implementering af instruks for medicinhåndtering og en usikker proces for medicinhåndtering rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden. Styrelsen betragter det som en formildende omstændighed, at størsteparten af beboernes medicin ved tilsynet var dosisdispenseret af apoteket, og således var i overensstemmelse med medicinordinationerne i FMK, ligesom der ikke blev konstateret fejl i en sidedosering, der var foretaget at bostedet.

En række af fundene i forhold til journalføring, medicinhåndtering og patienters retsstilling var også tilstede ved tilsyn i september 2018, hvilket ikke er tilfredsstillende og vurderes som en skærpende omstændighed.

Sammenfatning af fund

Ved tilsynet var der forbedringer i relation til tre ud af 11 definerede målepunkter siden tilsynet den 11. september 2018.

Målepunkterne 4a, 4b og 5 vedrørende journalføring var opfyldt.

Ved gennemgang af tre journaler var der mangler i forhold til dokumentation af patienternes diagnoser, ligesom der var mangler i forhold til vurdering af aktuelle og potentielle problemer. I en journal var der ikke taget stilling til, hvordan anfald hos en patient med epilepsi skulle håndteres (målepunkt 6, 7, 8).

Ved gennemgang af tre journalers medicinlister og sammenligning af medicinlisterne med FMK, var der i tre stikprøver fejl i forhold til ordinationsdato; seponeret medicin, der fortsat fremgik af medicinlisten; forkert døgndosis; manglende angivelse af hvem der dispenserer medicinen og antallet af tabletter i dosispose stemte ikke overens med antallet angivet på medicinlisten. Endvidere var det ved administration af dosispose ikke opdaget, at der ikke var overensstemmelse mellem antallet af tabletter i posen og antallet angivet på medicinlisten, ligesom der på en medicinliste ikke var noteret korrekt handelsnavn (målepunkt 10b, 12, 13).

For patienters retsstilling var der et enkeltstående fund (målepunkt 15a og 15b), hvor en patientens habilitet til at afgive informeret samtykke ikke var vurderet og dokumenteret, og der var ikke indhentet informeret samtykke til behandlingen.

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

Krav

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 6)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde instruksen for medicinhandling, og at personalet følger denne (målepunkt 10b).
- Behandlingsstedet skal sikre, at dato for ordination og/eller seponering fremgår af medicinlisten (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at behandlingsindikation for medicinsk behandling fremgår af den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn. medicin (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter angivet i medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne /doseringsposerne (målepunkt 13)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 15a)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 15b)

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at påbuddet af 7. maj 2019 ikke kan ophæves, jf. styrelsens brev af 25. juni 2019.

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte d. 7. maj 2019 et påbud til Specialcenter Slagelse Halsebyvænget med følgende indhold:

- 1) at sikre forsvarlig medicinhandling, herunder implementering af instruks om medicinhandling, fra dags dato.
- 2) at sikre tilstrækkelig journalføring i overensstemmelse med lovgivningen herom, herunder udarbejdelse og implementering af en fyldestgørende instruks om journalføring, fra dags dato.
- 3) at sikre indhentelse af tilstrækkeligt informeret samtykke, herunder systematisk og relevant vurdering af patienternes habilitet, fra dags dato.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på:

- Instruks for journalføring og implementering af denne.
- Journalføring i forhold til formelle krav til journalføring, patientens aktuelle og potentielle problemer dokumentation af patienters sygdomme samt opfølgning på aktuel pleje og behandling.
- Instruks for medicinhandling og implementering af denne.
- Medicinhandling i forhold til ordineret medicin, medicinhandling og medicinopbevaring
- Patienters retsstilling vedrørende vurdering af patienternes kompetence til at afgive informeret samtykke samt dokumentation af dette.

3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Fund fra tilsynsbesøg d. 18. juni 2019

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4a:	<u>Gennemgang af instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation. Instruks opfylder krav</u>	X			
4b:	<u>Interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger instruksen</u>	X			
5:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>	X			
6:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		De 12 sygeplejefaglige problemområder vedrørende patientens aktuelle og potentielle problemer fremgik af omsorgsjournalen. Men i tre ud af tre stikprøver var beskrivelsen ikke fyldestgørende, i det der var eksempler, hvor patienternes tilstande fremstod, som "ingen problemer", selv om det fremgik, at patienterne havde aktuelle eller potentielle problemstillinger: I en stikprøve var der ikke taget stilling til, at en patient havde epilepsi, og hvilken sundhedsfaglig handling der var nødvendig i forhold til dette. I en anden stikprøve fremstod patientens kommunikationsevne under "ingen problemer", selv om patientens evne til at kommunikere var betydelig nedsat, og der var behov for guidning og støtte i forhold til kommunikationen. I en tredje stikprøve fremstod patientens funktionsevne med "ingen problemer", selv om der var behov for betydelig hjælp og støtte i forhold til ADL.

					Derudover redegjorde ledelsen for, at kun cirka halvdelen af patienterne på behandlingsstedet var vurderet i forhold til de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der var lagt en plan for vurderingen af de resterende patienter.
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		I tre ud af tre stikprøver var der ikke en fyldestgørende oversigt over patienternes sygdomme. I en stikprøve fremgik det eksempelvis ikke at patienten havde forhøjet blodtryk og inkontinens. I en anden stikprøve fremgik det ikke, at patienten havde astma, pollenallergi og epilepsi.
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		I en stikprøve fremgik det ikke af dokumentationen, hvilken plan der var for behandling, opfølgning og evaluering i forhold til epilepsi hos patienten.

Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10a:	<u>Gennemgang af instruks for medicinhandling. Instruks opfylder krav</u>	X			
10b	<u>Interview om instruks for medicinhandling. Personalet kender og følger instruksen</u>		X		Personalet fulgte ikke konsekvent instruksen for medicinhandling. Se målepunkt 12 og 13.
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var der ikke korrekt dato for lægens ordination på flere af præparaterne.</p> <p>I to ud af tre stikprøver fremgik behandlingsindikationen ikke på flere af præparaterne</p> <p>I tre ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste.</p> <p>I en stikprøve fremgik det aktuelle handelsnavn ikke på et præparat. I to ud af tre stikprøver fremgik det ikke af medicinlisten, at medicinen var dosisdispenseret.</p>

					<p>I en stikprøve fremgik der ikke korrekt styrke og døgndosis for et præparat. Simvastin var i medicinlisten ordineret som 80 mg, 1 stk. 1 gang dagligt, men var i dosispakken dispenseret som 40 mg, 2 stk., 1 gang dagligt.</p> <p>I en stikprøve fremgik det ikke af medicinlisten hvad maksimal døgndosis var på PN medicin.</p> <p>I tre ud af tre stikprøver var medicinlisten ikke ført systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation, i det der var gennemgående fejl og manglede systematik i anvendelsen af medicinlisten i alle stikprøver.</p>
13:	<u>Observation vedrørende medicinbehandling og medicinopbevaring</u>		X		<p>I to af to stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i dosispakkerne. Der var ikke reflekteret over den manglende overensstemmelse, selv om dosispakkerne var leveret 1 uge før tilsynet.</p> <p>Der blev ikke konsekvent talt tabletter inden medicingivning, som det fremgik af instruksen, at man skulle.</p>

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15a: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: kompetence til samtykke/handleevne</u>		X		I en af tre stikprøver var patientens evne til at give et informeret samtykke ikke vurderet og beskrevet. Det fremgik således ikke, om patienten var helt, delvist eller ikke habil til at kunne give et informeret samtykke.
15b: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u>		X		I en ud af tre stikprøver var der ikke indhentet og dokumenteret informeret samtykke til den konkrete pleje- og/eller behandlingsplan.

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Specialcenter Slagelse, Halsebyvænget er et kommunalt bosted for voksne borgere med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Der er 28 pladser på bostedet fordelt på tre grupper.
- Der er to daglige ledere tilknyttet bostedet, som refererer til en områdeleder.
- Der er ansat pædagoger, pædagogmedhjælpere og pædagogiske assistenter. Desuden to social- og sundhedshjælpere. Der er uddannet medicinansvarlige blandt personalet.
- Der samarbejdes med hjemmesygeplejen eksempelvis i forhold til terminalpleje. Desuden er der et tæt samarbejde med distriktspsykiatrien og patienternes egen læge.
- Størstedelen af beboernes medicin dosispakkes af apoteket

Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg

- Antal stikprøver/journalgennemgange: Dokumentation for tre patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til Janne Andersen, daglig leder og Heidi Grøndal, daglig leder

Tilsynsbesøget blev foretaget af: Trine Gisselmann, tilsynskonsulent og Karen Riisberg, oversygeplejerske

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.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn har styrelsen som hidtil et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol, som kan gennemføres enten i form af tilsynsbesøg eller ved indhentning af materiale og skriftlig korrespondance, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, klagesager, medieomtale eller som opfølgning på et tidligere tilsyn, hvor der er givet påbud.

De reaktive tilsyn bunder i Styrelsen for Patientsikkerheds grundlæggende forpligtelse til at reagere relevant på forhold, der skaber en bekymring for eller udgør en konkret fare for patienterne. Materialer med relevans for tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Risikobaseret tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

Hvis det bliver anset for nødvendigt, kan styrelsen efter undersøgelserne give påbud, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssted. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere om nødvendigt stille krav om midlertidigt helt eller delvist at indstille virksomheden.

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsyn er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet.

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 og § 213 c

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁴.

Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et reaktivt tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

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 behandlingsstedet⁵. 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 journaloplysninger⁶.

Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. 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 fremsendt dokumentation, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt kravene. 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.

⁴ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁶ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.⁷

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁸.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende 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

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.⁹

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 tilsynsbesøg¹⁰, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁷ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

⁸ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

⁹ Se sundhedsloven § 215 b

¹⁰ Se sundhedsloven § 213, stk. 1