



# Tilsynsrapport Medic Team

Sundhedsfagligt, planlagt tilsyn - Det  
præhospitale område 2019

**Medic Team  
Snedkervej 5**

**4600 Køge**

CVR- eller P-nummer: 1018750526

Dato for tilsynet: 24-09-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst, Styrelsen for Patientsikkerhed  
Sagsnr.: 35-2011-1962

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 20. august 2020 modtaget et høringssvar fra Medic Team. Det fremgik blandt andet heraf, at de manglende instrukser nu er blevet udarbejdet og implementeret til alle medarbejdere på behandlingsstedet. Det blev i høringssvaret oplyst, at der fremadrettet vil foregå en jævnlig gennemgang og træning i hver enkelt instruks. Medic Team indsendte ligeledes et antal instrukser.

Styrelsen vurderer dog, at ingen af de indsendte instrukser er tilstrækkelige i forhold til at sikre den fornødne patientsikkerhed på stedet. Styrelsen har endvidere ikke modtaget en egentlig plan for, hvordan de sikres implementeret udover oplysningen om, at det vil ske.

Styrelsen har derfor ikke fundet grundlag for at ændre vurderingen af, at der er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden på stedet.

Styrelsen har på den baggrund ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 24. september 2019.

Styrelsen har endvidere fundet grundlag for at udstede et supplerende påbud den 23. december 2020 om at behandlingsstedet skal opfylde visse nærmere fastsatte krav.

Påbud offentliggøres på [stps.dk](http://stps.dk) og [sundhed.dk](http://sundhed.dk). Når vi konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

## Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 24. september 2019 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

### Kritiske 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 observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Ledelsen på Medic Team har ikke på forsvarlig vis sikret, at personalet har de fornødne sundhedsfaglige rammer til at kunne udføre deres arbejde på patientsikker vis. Der mangler således et stort antal instrukser for hvorledes den sundhedsfaglige funktion udføres, samt skriftlige instrukser for hvornår, hvorledes og under

hvilke forhold medicinen kan gives og hvornår den ansvarlige læge skal kontaktes. Nedenfor gennemgås de enkelte fund ved tilsynet.

Ved tilsynet forelå der ingen instruks med beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper. Der forelå en "Generel instruks", der beskrev procedurer om bemanning og procedurer ved henvendelse til Medic Team. Denne var yderst kortfattet og overholdt ikke de formelle krav til instrukser. Herudover forelå der en "Instruks for Behandlingsleder", men heraf fremgik det ikke hvilke kompetencer denne skulle have, blot at denne havde ansvaret for at det øvrige personale havde de fornødne kompetencer. Det fremgik af instruksen, at behandlingslederen, ved "tvivl om nødvendigheden og den korrekte førstehjælp" havde ansvaret for at kontakte Medic Teams læge, uden en nærmere specificering af hvilke tilstande, der konkret skulle føre til en kontakt til lægen.

Der forelå ingen instruks om brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer for personalet. Der blev således anlagt perifere venekatetere, givet medicin og målt og handlet på blodsukkerværdier uden konkret lægelig instruks.

Der forelå ingen instruks for hvordan lægen sikrer sig, at personalet er instrueret i patientbehandlingen og har forstået instruktionen, herunder i at behandle eventuelle komplikationer, og hvordan og hvornår der skal tilkaldes hjælp.

Der forelå ingen instruks for hvordan lægen tager højde for den delegerede opgaves karakter samt medhjælpens uddannelse, erfaringer og kvalifikationer i relation til den konkrete opgave.

Der forelå ingen instruks for hvorledes medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe.

Der forelå ingen instruks for rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne.

Der forelå ingen instruks om de konkrete basale sundhedsfaglige opgaver, men derimod en serie "Actioncards" af helt generel karakter. Disse var yderst kortfattede, men der var ikke nogen tilhørende instruks for disse behandlinger. Det fremgik ikke hvilke typer patienter der skulle behandles efter hvilke actioncards og der var fejl i disse. Således fremgik det, at der ved blodsuktermåling over 15, skal gives druesukker eller juice og der ved insulintilfælde skal anvendes insulinpen.

Der var ikke noget personale tilstede ved tilsynet, hvorfor det ikke kunne afgøres hvorvidt ledelsen havde sikret en forsvarlig instruktion af personalet samt tilsyn med deres behandling. Men da der ved journalgennemgang kunne konstateres flere fejl og mangler, blev det konkluderet, at ledelsen ikke førte et tilstrækkeligt tilsyn med den delegerede virksomhed.

Da der ikke forelå instrukser for sundhedsfaglig virksomhed, kunne det ikke afgøres hvorvidt rækkevidden og omfanget af de sundhedsfaglige opgaver var tilstrækkeligt beskrevet, og hvorvidt indholdet var patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udførte de sundhedsfaglige opgaver.

Der forelå ingen instruks for procedurer ved teknisk nedbrud.

Der forelå ingen instruks vedrørende patientforløb, hvor der sker måling af vitalparametre. Det vurderedes derfor, at der ikke var implementeret patientsikre procedurer for gennemførelse af og reaktion på måling ved

overvågning og vurdering af klinisk tilstand. Det var således ikke præciseret, hvordan overvågning skulle foregå, herunder hvor ofte patienterne skulle vurderes, og hvem der har ansvaret herfor. Det var ej heller præciseret, hvornår en læge skulle kontaktes ved hvilke værdier eller udvikling i værdier. Endelig var det ikke præciseret hvem der havde ansvaret for at kontakte lægen, samt hvilken læge, der i givet fald skulle kontaktes.

Der forelå en "Instruks for medicinbrug", men her blev der alene opremset hvilke lægemidler der var til rådighed og der blev herefter henvist til indlægssedlen.

Der forelå ingen skriftlig instruks for hygiejne. Der forelå ingen instruks for sterile procedurer ved suturering eller anlæggelse af venflon.

Ved journalgennemgangen blev der gennemgået syv journaler og det fremgik af gennemgangen:

- at en journal var hverken dateret med efternavn eller cpr.nr.
- Der blev ikke systematisk spurgt ind til allergier, medicinering, tidligere sygdomme.
- Patientens cirkulatoriske status fremgik ikke af to af de syv journaler.
- Der var målt vitale parametre på en af de syv gennemgåede patienter. Her fremgik det ikke hvem der havde udført behandling.
- Det fremgik af journalerne på patienter med sår-læsioner, at der ikke rutinemæssigt blev tilbudt stivkrampevaccination.

## Krav

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

- Ledelsen kan redegøre for personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver (målepunkt 1)
- Behandlingsstedet skal sikre instruktion og tilsyn ved brug af personale, der fungerer som medhjælp (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger skriftlige instrukser for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhed (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kendskab til og følger instrukserne (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kendskab til brugen af konkret delegation og hvornår dette er påkrævet (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre instruktion og tilsyn i forbindelse med personalets patientbehandling (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der findes instrukser for sundhedsfaglig virksomhed (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der findes instruks(er) for procedurer ved teknisk nedbrud, samt at personalet kender og anvender disse (målepunkt 6)
- Behandlingsstedet skal sikre, at formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er daterede, patientens navn og personnummer samt hvem der har udarbejdet notatet (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der vælges korrekt algoritme, samt at eventuelle afvigelser fremgår af journalen (målepunkt 8)

- Behandlingsstedet skal sikre, at der er patientsikre procedurer for overvågning og vurdering af vitalparametre, og at personalet er bekendt hermed (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at personalet følger relevant op på overvågning af vitalparametre, herunder at tilkald af læge sker i henhold til behandlingsstedets retningslinjer (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger skriftlige instrukser for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instrukser for medicinhåndtering, og at personalet følger disse (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at afslutning af patienter på stedet følger gældende retningslinjer (målepunkt 14)
- Behandlingsstedet skal sikre procedurer for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret og følger disse, for at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. (målepunkt 15)

## 2. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Gennemgang af instruks og interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		Der forelå ingen beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper. Der forelå ingen formel instruks for delegering af den sundhedsfaglige behandling fra den behandlingsansvarlige læge.
2:	<u>Interview om instruktion og tilsyn ved brug af personale, der fungerer som medhjælp (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		Der forelå ingen patientsikker instruks for hvordan og hvornår der skal tilkaldes hjælp.
3:	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed) og interview af personale, der fungerer som medhjælp (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		Der forelå ingen instrukser for rammedelegation. Der var intet personale tilstede der kunne interviewes.
4:	<u>Interview af ledelse og personale om instruktion og tilsyn med personale</u>		X		Ledelsens instruktion af personalet blev vurderet til mangelfuld, da der forelå en række kortfattede "Action Cards", men ingen skriftlige instrukser for deres arbejde. Herudover viste journalgennemgangen, at flere forløb ikke var gennemført patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt. Der var herudover intet personale tilstede der kunne interviewes.
5:	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed (ikke delegeret forbeholdt virksomhed)</u>		X		Der forelå en række kortfattede "Action Cards", men ingen skriftlige instrukser for personalets sundhedsfaglige arbejde.
6:	<u>Interview og gennemgang af instruks for procedurer ved teknisk nedbrud</u>		X		Der forelå ingen instruks for hvorledes personalet skulle forholde sig ved tekniske nedbrud.

## Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7:	<u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u>		X		Der blev gennemgået 7 journaler og en journal var uden datering, uden efternavn og cpr.nr.

## Faglige fokuspunkter i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8:	<u>Journalgennemgang vedrørende valg af algoritme (procedure) for undersøgelser/behandlinger</u>		X		Der blev ikke systematisk spurgt ind til allergier, medicinering, tidligere sygdomme. Patientens cirkulatoriske status fremgik ikke af to af de syv journaler.
9:	<u>Gennemgang af instruks og interview vedrørende procedurer for overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre</u>		X		Der forelå ingen instruks for overvågning og vurdering af klinisk tilstand. Der var intet personale tilstede for interview.
10:	<u>Journalgennemgang om overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre</u>		X		Ud af de syv gennemgåede journaler var der kun målt vitale parametre på en af patienterne.  Her fremgik det ikke hvem der havde udført behandling.

## Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11:	<u>Gennemgang af og interview om instrukser for medicinhandling</u>		X		Der var ingen egentlig instruks for medicinhandling. Der var intet personale tilstede for interview.
12:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og medicinopbevaring</u>	X			

## Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13:	<u>Journalgennemgang</u> <u>vedrørende</u> <u>dokumentation af</u> <u>information ved fravalg</u> <u>af behandling</u>			X	Ingen af de gennemgåede patienter havde fravalgt behandling.

## Overgange i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14:	<u>Journalgennemgang og</u> <u>interview vedrørende</u> <u>korrekt afslutning af</u> <u>patientkontakten på</u> <u>skadestedet</u>		X		Det fremgik af journalerne på patienter med sårlæsioner, at der ikke rutinemæssigt blev tilbudt stivkrampevaccination.

## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Observation og</u> <u>interview om procedurer</u> <u>for hygiejne</u>		X		Der forelå ingen instruks for hygiejne.  Der forelå heller ikke instruks for sterile procedurer ved suturering eller anlæggelse af venflon.

## Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund	Fund og kommentarer
16:	<u>Øvrige fund med</u> <u>patientsikkerheds-</u> <u>mæssige risici</u>	X		



## 3. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Behandlingsstedet Medic team er en privatdrevet, frivillig forening bestående af en behandlingsansvarlig læge, en daglig leder (som er formand for foreningen) og herudover omkring 12 frivillige behandlere. Medic Team kører fortrinsvis ud til større sportsstævner.
- Alle 12 behandlere er uddannede med 30 timers førstehjælpskursus, herudover kan seks af disse endvidere assistere ved brand og redningsopgaver.
- Medic Team råder over en behandler-trailer med to lejer. Her kan der foretages vitalmålinger (BT, puls og O<sub>2</sub>-sat), gives NTG, ASA, adrenalin, antihistamin og saltvand, samt sutureres mindre skader og anlægges venflon. Der er en hjertestarter i traileren, samt laryngoskop, tungeholder, ilt på flaske og en Rubensballon.
- Patienterne har typisk mindre skader som følge af fald eller mindre hudlæsioner.
- Ved tilsynet var den behandlingsansvalige læge, speciallæge i fysiurgi Bent Jessen og den daglige leder Ken Riberholt-Rischel til stede.

### Om tilsynet

- Dokumentation for 7 patienter blev gennemgået.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til behandlingsansvalige læge Bent Jessen og daglig leder Ken Riberholt-Rischel.
- Tilsynet blev foretaget af: Overlæge Troels Thomsen og afdelingslæge Tim V. Jensen

## 4. Bilag

---

# Uddybning af målepunkter

### Behandlingsstedets organisering

#### 1: Gennemgang af instruks og interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende gennemgår instruks og interviewer ledelsen eller ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper med uddybende beskrivelse, hvis ansvars- og opgavefordelingen overstiger basiskrav i bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer for ambulancebehandlere, ambulancebehandlere med særlige kompetencer og sygeplejerske med særlige kompetencer.

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

## 2: Interview om instruktion og tilsyn ved brug af personale, der fungerer som medhjælp (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende interviewer ledelsen og delegerende læge om, hvordan der sikres instruktion og tilsyn i forbindelse med medhjælpens udførelse af delegeret forbeholdt virksomhed (f. eks. medicingivning og anlæggelse af IV-adgang).

Instruktion og tilsyn med medhjælp skal som minimum omfatte følgende:

- hvordan lægen eller ledelsen sikrer sig, at personalet er instrueret i patientbehandlingen og har forstået instruktionen, herunder i at behandle eventuelle komplikationer, og hvordan og hvornår der skal tilkaldes hjælp
- hvordan lægen/lægerne eller ledelsen i sit tilsyn med personalet tager højde for opgavens karakter samt medhjælpens uddannelse, erfaringer og kvalifikationer i relation til den konkrete opgave.

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

[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

## 3: Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed) og interview af personale, der fungerer som medhjælp (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår skriftlige instrukser for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instrukserne skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Ved gennemgang af instrukserne skal følgende fremgå:

- at der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- at rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.
- at instrukserne er i overensstemmelse med bilag 1 i bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulanceredere.

Tilsynsførende interviewer relevant personale om brugen af rammedelegationer ved behandling af patienter, herunder om personalet føler sig tilstrækkeligt vejledt, om rammedelegationerne er

- tilstrækkeligt tydelige, og om disse følges i det daglige arbejde.

Tilsynet vil primært omfatte følgende personalegrupper:

- Ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlige kompetencer

Tilsynsførende interviewer relevant personale om brugen af konkret delegation ved behandling af patienter, herunder om personalet ved hvornår konkret delegation er påkrævet, og om delegationerne er tilstrækkeligt tydelige.

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

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

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

#### **4: Interview af ledelse og personale om instruktion og tilsyn med personale**

Tilsynsførende interviewer ledelsen om, hvordan der sikres instruktion og tilsyn i forbindelse med personalets patientbehandling. Det omfatter alt personale, der udfører sundhedsfaglige opgaver, men ikke lægeforbeholdt virksomhed.

Eksempler på basale sundhedsfaglige opgaver jf. bekendtgørelsen:

- Basal bedømmelse af patientens tilstand
- Skånsom optagning af tilskadede med særligt udstyr
- Etablering og opretholdelse af frie luftveje f.eks. ved brug af tungeholder eller nasal airway
- Genoplivning ved kunstig opretholdelse af vejtrækning med tilskud af ilt samt udvendig hjertemassage
- EKG-overvågning og genoplivning ved brug af defibrillator
- Blødningsstandsning og antichockbehandling
- Brudbehandling således at hele kroppen, eller dele af kroppen, herunder halshvirvelsøjlen kan understøttes
- Akut behandling ved afrevne legemsdele
- Akut behandling af brandsårsskader, ætsningsskader, kuldeskader mv.

- Fødselshjælp og pleje af nyfødte

Ledelsens instruktion af og tilsyn med personalets behandling skal som minimum omfatte følgende:

- at personalet er instrueret i patientbehandlingen og har forstået instruktionen, herunder i at behandle eventuelle komplikationer og hvornår der skal tilkaldes hjælp
- at tilsynet med personalet tager udgangspunkt i opgavens karakter samt personalets uddannelse, erfaring og kvalifikationer i relation til den konkrete opgave.

Endvidere bliver personalet spurgt, hvordan ledelsen fører tilsyn med deres behandling, og om de føler sig tilstrækkeligt vejledt.

Medicinhåndtering og overvågning af vitale parametre behandles under særskilte målepunkter (9 og 11).

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## **5: Gennemgang af skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed (ikke delegeret forbeholdt virksomhed)**

Tilsynsførende gennemgår skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed.

Ved gennemgang af instrukserne skal følgende fremgå:

- at rækkevidden og omfanget af de sundhedsfaglige opgaver er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører de sundhedsfaglige opgaver

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## 6: Interview og gennemgang af instruks for procedurer ved teknisk nedbrud

Tilsynsførende interviewer relevant personale samt gennemgår instruks for procedurer ved teknisk nedbrud (PPJ, telemedicin (EKG), GPS osv.)

Det skal sikres, at personalet kender og anvender instruks for procedure ved teknisk nedbrud for hhv:

- Præhospital Patient Journal (PPJ)
- Telemedicinske løsninger, f. eks. EKG
- GPS
- Telefoner
- SINE-radioer
- Ambulancen (f. eks. trafikulykke)

Referencer:

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

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## Journalføring

### 7: Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere journalføringen.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, patientens navn og personnummer eller anden entydig identifikation fremgår og det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet
- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel medicinsk terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## Faglige fokuspunkter i patientforløb

### 8: Journalgennemgang vedrørende valg af algoritme (procedure) for undersøgelser/behandlinger

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er anvendt korrekt algoritme og eventuelle afvigelser herfra er anført.

Ud fra anamnese og objektiv undersøgelse dannes et overblik over patientens samlede tilstand og behandlingsbehov. Detaljeringsgraden afhænger af anamnesen og de kliniske fund.

Anamnese:

- Symptomer
- Allergi
- Medicin
- Tidligere eller nuværende andre sygdomme.
- Hændelser, der ledte frem til episoden

Primær/sekundær vurdering:

- A: Luftveje
- B: Respiration
- C: Cirkulation
- D: Neurologisk
- E: Exposure

Er patienten revurderet:

- Ved ændret bevidsthedsniveau
- Ved en ustabil patient
- Ved behandling, f.eks. med medicin og væsker

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

## 9: Gennemgang af instruks og interview vedrørende procedurer for overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre

Tilsynsførende gennemgår instruks og interviewer relevant personale vedrørende patientforløb, hvor der sker måling af vitalparametre.

Det vurderes, om der er patientsikre procedurer for gennemførelse af og reaktion på måling ved overvågning og vurdering af klinisk tilstand.

Herunder undersøges det, om:

- det er præciseret, hvordan overvågning foregår, herunder hvor ofte patienter skal vurderes, og hvem der har ansvaret herfor
- det er præciseret, hvornår læge skal kontaktes (værdier eller udvikling i værdier), og hvem der har ansvaret herfor, samt hvilken læge, der skal kontaktes (AMK-læge, akutlægebils-læge eller læge på modtagende afdeling)
- 

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

## 10: Journalgennemgang om overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er fulgt relevant op på måling og vurdering af vitalparametre, i henhold til det præhospitale områdes procedurer herfor.

Herunder undersøges det, om det af journalerne fremgår:

- hvornår og hvor ofte patienter er vurderet, og hvem der har foretaget vurderingen
- om overvågning er gennemført i henhold til præhospitalets procedurer herfor
- om læge er kontaktet i henhold til præhospitalets procedurer herfor
- om der er tilfælde, hvor en læge skulle have været kontaktet på basis af målinger, men hvor dette ikke er sket

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

↑Tilbage til oversigt



## Medicinhåndtering

### 11: Gennemgang af og interview om instrukser for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instrukser for medicinhåndtering med ledelsen. De skriftlige instrukser beskriver procedurer for medicinhåndtering, som personalet udfører som medhjælp for den ordinerende læge.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne er kendt og følges af personalet.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå, hvordan:

- personalegruppernes kompetencer er i forhold til medicinhåndtering
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen/rammedelegationen
- proceduren er for dokumentation af medicinering ved konkret lægelig ordination
- personalets opgaver og ansvar er i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling.

Der skal, såfremt det udføres, foreligge instrukser for:

- Medicinsk smertelindring
- Nitroglycerin administreret i mundhulen
- Inhalation af bronchieudvidende stoffer
- Administration af krampestillende medicin (benzodiazepin)
- Indledende behandling med acetylsalicylsyre eller andre blodpladehæmmende midler
- Infusion af glukose eller glukagon som intramuskulær injektion
- Adrenalin som intramuskulær injektion
- Naloxon som intramuskulær injektion
- Opstart af intravenøs væskebehandling
- Intravenøs indgivelse af:
  - smertestillende medicin
  - medicin som modgift
  - vanddrivende medicin
  - kvalmestillende medicin
  - medicin i forbindelse med hjertestopbehandling
  - anden medicin

#### Interview om instrukser for medicinhåndtering

Tilsynsførende interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instrukser for medicinhåndtering, som udføres som medhjælp.

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

[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](#)

## 12: Gennemgang af medicinbeholdning og medicinopbevaring

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbeholdning og korrekt opbevaring af medicinen.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen vurderes det, om medicinbeholdning- og opbevaring opfylder følgende:

- Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Holdbarhedsdatoen på medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling må ikke være overskredet
- Der skal være anbrudsdato på medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der skal være adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

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

[Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)

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

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## Patientens retsstilling

### 13: Journalgennemgang vedrørende dokumentation af information ved fravalg af behandling

Tilsynsførende gennemgår journaler, hvor patienten har frabedt sig behandling. Det undersøges, hvordan personalet sikrer, at der forud for fravalg af behandling informeres, samt hvordan det journalføres. Det kan dreje sig om patienter der har frabedt sig behandling totalt, delvist frabedt sig behandling eller frabedt sig transport til hospital.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1286 af 2. november 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Overgange i patientforløb

### 14: Journalgennemgang og interview vedrørende korrekt afslutning af patientkontakten på skadestedet

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om korrekt procedure ved afslutning af patientkontakten på skadestedet er fulgt. Et eksempel kan være diabetespatienter med for lavt blodsukker, der afsluttes på stedet efter at tilstanden er behandlet.

Afslutning på stedet kan ske ved lægelig delegation under forudsætning af, at dette sker i henhold til konkrete behandlingsprotokoller eller efter lægelig ordination.

Herunder undersøges det, om det af journalerne fremgår:

- At patientens tilstand er tilstrækkelig belyst
- At relevant behandlingsprotokol/instruks ved afslutning på stedet er fulgt
- At der er konfereret med en præhospital læge, hvor dette kræves for at afslutte patienten på stedet.

Tilsynsførende interviewer relevant personale om håndtering af afslutning af patientkontakt på skadestedet.

Referencer:

[Bekendtgørelse om ambulancer og uddannelse af ambulancepersonale m.v, BEK nr. 1264 af 9. november 2018](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Hygiejne

### 15: Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og personale om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

[Autorisationsloven \(Kapitel 5, paragraf 17: Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 1141 af 13. september 2018](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om præhospital infektionshygiejne, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2016](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2018](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for brug af intravaskulære katetre, Statens Serum Institut 2016](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Øvrige

### 16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1286 af 2. november 2018](#)

[↑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 institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner<sup>1</sup> udfører undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>2</sup>.

## Baggrund

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn<sup>3</sup>. Styrelsen har forpligtelse til at gennemføre tilsyns- og læringsaktiviteter for alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Styrelsen udvælger temaer og målepunkter risikobaseret ud fra en vurdering af, hvor hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger i øjeblikket behandlingssteder<sup>4</sup> til tilsyn på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Styrelsen arbejder løbende på også at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

I 2019 er temaerne diagnostik og behandling med særligt fokus på det kirurgiske område samt sårbare patienter på de behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden 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](#).

---

<sup>1</sup> Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 5.

<sup>3</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>4</sup> Se sundhedsloven § 213 c

## Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varslings af behandlingsstedet minimum 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, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse<sup>5</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>6</sup>.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk) under [Temaer og 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., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget 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. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget 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. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside<sup>7</sup>.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på [sundhed.dk](http://sundhed.dk)<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 2

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

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 27/06/2018.

<sup>8</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2 2.pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i 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 målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer, evt. kræves fremsendelse af en handlingsplan for opfyldelse af uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

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>9</sup>.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

---

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1