



Tilsynsrapport Adeas A/S, Care

Reaktivt tilsyn 2021

Adeas A/S, Care
Skodsborg Strandvej 125, 2
2942 Skodsborg

CVR- eller P-nummer: 1013835280

Dato for tilsynsbesøget: 20-05-2021

Tilsynet blev foretaget af: STPS Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-5728

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 21. juni 2021 modtaget hørings svar fra Adeas A/S. Derudover har behandlingsstedet den 18. juni 2021 fremsendt reviderede instrukser samt beskrivelse af de tiltag der er iværksat med henblik på, at efterleve styrelsens påbud.

Af det fremsendte fremgår det, at behandlingsstedet finder at have iværksat relevante tiltag for at efterleve påbuddet af 23. april 2021. Som en del af tiltagene er der blevet ansat en ekstern konsulent med henblik på at udarbejde relevante instrukser og revidere eksisterende, samt at forestå implementeringen blandt medarbejderne. Der er nu ansat en afdelingssygeplejerske der har det plejefaglige ansvar. Det fremgår, at instruks for medicin håndtering er udarbejdet og der er lagt en straks-implementeringsplan som påbegyndte i uge 24. Der er udarbejdet elektroniske skemaer til brug for systematisk sygeplejefaglige udredning og vurdering og medarbejderne blev i uge 25 undervist i brugen af journalsystemet, og samtidig blev der undervist i patientens retsstilling. Der beskrives at der foregår løbende side-by-side oplæring af medarbejderne. Det fremgår, at der implementeres brug af triageringsredskab. Derudover oplyses det, at der er udarbejdet instruks for journalføring og der er udarbejdet standard plejeplaner for de postoperative patienter der har ophold på afsnittet efter operation. Det fremgår, at der iværksættes ugentlige audit med henblik på at sikre implementering af de iværksatte tiltag og som senere vil overgå til hver 3. måned. Der er udarbejdet skabelon til kompetenceprofil, inkl. oversigt over kvalifikationer og oplæring, som udfyldes på medarbejderne. Der er udarbejdet ny procedure for fravalg af livsforlængende behandling og der iværksættes ændrede arbejdsgange. Der implementeres instrukser vedr. hygiejne. Der er foretaget tekniske ændringer i journalsystemet, således at notatændringer og historik fremgår. Det er ikke længere muligt at vælge andet navn end den person der er logget ind. Udviklingen af det elektroniske medicinmodul forventes færdigt ultimo juni 2021. I den mellemliggende tid er der taget et papir medicinskema i brug, som dagligt sikres ajourført med FMK. På papirskemaet dokumenteres administration af ikke-doserbare lægemidler. Derudover arbejdes der på yderligere tekniske forbedringer. Den udgående sygeplejefunktion er overgået til et privat sygeplejefirma og er ikke længere en del af care-afsnittet.

Styrelsen for Patientsikkerhed og Adeas A/S har afholdt møde den 2. juni 2021 og har derudover løbende været i dialog vedr. de tiltag Adeas A/S har iværksat.

Styrelsen anerkender de tiltag som behandlingsstedet har foretaget, men kan ikke på baggrund af det foreliggende konkludere, hvorvidt arbejdsgangene og instrukser er implementeret, og dermed hvorvidt de uopfyldte målepunkter er bragt i orden.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der samlet set er kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden. Styrelsen finder derfor på nuværende tidspunkt ikke grundlag for at ophæve påbuddet til Adeas A/S af 23. april 2021.

Styrelsen har vurderet, at der er behov for endnu et opfølgende tilsyn på behandlingsstedet med henblik på at undersøge, om påbuddene er efterlevet.

Påbud offentliggøres på stps.dk og sundhed.dk. Når vi konstaterer, at et påbud er blevet efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 20. maj 2021 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Et opfølgende reaktivt tilsynsbesøg, på baggrund af et påbud, hvor der blev foretaget gennemgang af sundhedsfaglige instrukser, journalgennemgang for tre patienter, interview af ledelse og medarbejdere, vurdering af de sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet, samt gennemgang af medicinhandling. Tilsynet blev gennemført på Adeas A/S, Skodsborg, care-afsnittet.

På tilsynsbesøget fremgik det, at der ikke aktuelt var en plejefaglig ledelse. Det blev oplyst, at der ikke var iværksat målrettede tiltag for, at imødekomme styrelsens påbud. Den 10. maj 2021 havde behandlingsstedet indgået aftale med en ekstern konsulent, som havde instrueret medarbejderne i systematiske sygeplejefaglige vurderinger og var påbegyndt arbejde med at sikre fyldestgørende sundhedsfaglige instrukser.

Behandlingsstedets organisering

Der var fortsat mangelfuld afklaring af medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold og det var ikke klart defineret, hvilke opgaver de forskellige medarbejderkategorier kunne varetage. I mangel på plejefaglig ledelse, blev det oplyst, at lederens opgaver var delt ud på forskellige medarbejdere og medarbejderne refererede til direktøren. Eksakte visitationskriterier forelå ikke, men var medarbejder-bundent. Det var ikke klart hvilken opgavevaretagelse, der lå i den udgående sygeplejefunktion, som aktuelt blev varetaget. Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedet ikke har sikret klare instrukser for medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold.

Journalføring

Der var den 1. marts 2021 blevet implementeret ny journal. Der var endnu ikke udarbejdet en instruks for den sundhedsfaglige dokumentation. Brugen af journalen var ikke implementeret tilstrækkeligt endnu og der var fortsat tekniske mangler i journalen, samt funktionaliteter der gav risiko for patientsikkerheden og som gjorde, at formelle krav til journalføring, samt krav om overskuelighed, entydighed og systematik ikke var opfyldt. Oplysninger om medicinordinationer blev ikke ført enstrenget og forelå både som FMK-print og skrevet ind i journalen, der var ikke en lokal medicinliste.

Styrelsen har lagt vægt på, at der ikke i alle stikprøver var fyldestgørende vurdering og beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemområder, der forelå ej heller en samlet oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, samt aftaler med behandlingsansvarlige læger. Derudover var der mangelfuld evaluering og opfølgning på patientens tilstande, idet de ikke var systematisk vurderet. Styrelsen bemærkede dog også, at der i nogle af stikprøverne, blev set fyldestgørende, systematiske og faglige beskrivelser, som i samarbejde med den eksterne konsulent, var udarbejdet i de forudgående dage.

Det er styrelsens vurdering, at mangelfuld journalføring, samt manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Faglige fokuspunkter

Det blev på tilsynsdagen oplyst, at der ikke siden sidste tilsyn var foretaget ændringer i de instrukser og procedurer, der vedrørte akut opstået sygdom og ulykke, samt procedure ved fravalg af livsforlængende behandling.

Medicinhåndhåndtering

Styrelsen har i vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedet endnu ikke havde sikret patientsikre forhold omkring medicinordinationer og håndtering, idet der fortsat kun var lægernes online FMK-ordinationsliste tilgængelig, som blev anvendt til dispensering og administration. Der forelå ikke en lokal medicinliste. Der blev gjort fund i relation til den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og der blev set fejl i den praktiske medicinhåndtering. Instruks for medicinhåndtering var blevet revideret, men var endnu ikke implementeret blandt medarbejderne. Den indeholdt enkelte mangler.

Det er styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicinhåndteringen rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden og manglende efterlevelse af påbud inden for medicinhåndtering er en skærpende omstændighed.

Styrelsen bemærkede dog, at behandlingsstedet havde sikret patientsikker medicinhåndtering for de postoperative patienter.

Patienternes retsstilling

Patienternes retsstilling var ikke sikret i alle stikprøver. Medarbejderne kendte regelsættet.

Hygiejne

Der var ikke foretaget ændringer i forhold til, at systematisere tilgangen til instruks for hygiejne. Instruks for hygiejne var ikke fuldt ud implementeret.

Sundhedsfaglige instrukser

Instruks for medicinhåndtering, og instruks for patienternes behov for behandling var revideret siden sidste tilsyn. Instruks for medicinhåndtering var imidlertid ikke fyldestgørende.

Øvrige instrukser var endnu ikke gennemgået og de uafklarede forhold var således uændret siden sidste tilsyn.

Der forelå ikke sundhedsfaglige instrukser for den udgående sygeplejefunktion.

Vurdering

Styrelsen har i den samlede vurdering lagt vægt på, at der ikke var iværksat den forventede indsats for at efterleve styrelsens påbud og dermed sikret en patientsikker dokumentation og medicinhåndtering og patientsikker pleje og behandling. Styrelsen har samtidig bemærket, at de tiltag, der var gjort inden for de seneste 10 dage forud for tilsynet, var patientsikkerhedsfremmende tiltag.

Samlet set vurderer styrelsen dog, at der er tale om kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, idet de patientsikre tiltag endnu er begrænsede, samt at der fortsat var en omfattende del af arbejdsgangene der ikke var afklaret og der fortsat var mangelfuld implementering af instrukser. Tilsynet bar fortsat præg af omfattende fund inden for alle områder, dog fraset et enkelt som også var opfyldt ved sidste tilsyn.

Sammenfatning af fund

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen, lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, samt at ingen af de uopfyldte målepunkter fra tilsynet den 25. januar 2021 var opfyldt ved det aktuelle tilsyn den 20. maj 2021

Der var således fortsat uopfyldte målepunkter inden for behandlingsstedets organisering, journalføring, faglige fokuspunkter, medicin håndtering og patienternes retsstilling, hygiejne og øvrige fund af betydning for patientsikkerheden. 13 målepunkter ud af 14 blev vurderet til at være ikke-opfyldt.

Behandlingsstedets organisering: Målepunktet var uopfyldt. Der var fortsat uklare visitationskriterier for modtagelse af patienter, samt hvor komplekse patienter behandlingsstedet kunne modtage. Den medarbejder der aktuelt varetog opgaven kunne redegøre for praksis. Det var ikke klart hvilke ansvars- og kompetenceforhold ledelsen havde fastsat for de ansatte medarbejdere, samt tilknyttede timelønnede og vikarer. Der var ansat medarbejdere med forskellige faglige baggrunde og der var rehabiliteringspatienter i care-afdelingen, postoperative patienter samt udgående sygeplejefunktion.

Journalføring: Alle målepunkter var uopfyldte. Der var implementeret en ny journal siden sidste tilsyn. Journalen var målrettet kirurgiske forløb og var i aktuelle udformning ikke optimal til plejefaglig dokumentation. Der var endnu ikke udarbejdet en instruks for den sundhedsfaglige dokumentation. Der blev identificeret en række tekniske problemer, herunder at der ikke systematisk blev logget ud, hvilket muliggjorde, at medarbejderne kunne dokumentere i en kollegas navn og notater kunne slettes. Det var i systemet vanskeligt at få overblik, ved den måde det var opbygget og medarbejderne skulle være opmærksomme på manuel datering og signering ved ændring i sygeplejefaglige vurderinger. Den sygeplejefaglige vurdering og udredning var ikke fyldestgørende i alle stikprøver. Der var ikke systematisk angivelse af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og der var ikke i alle stikprøver, opfølgning og evaluering på patientens problemstilling. Journalføringen var ikke entydig og systematisk og blev ikke ført enstrengt.

Faglige fokuspunkter: Målepunktet vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og instruks ved fravalg af livsforlængende behandling var fortsat uopfyldt.

Medicin håndtering: Alle målepunkter var uopfyldte. Instruks for medicin håndtering var revideret. Der var dog fortsat enkelte mangler, herunder hvordan medarbejderne skulle forholde sig ved administration. Derudover var instruks endnu ikke fuldt ud implementeret blandt medarbejderne. Der var ikke en lokal medicinliste, men udelukkende et print fra FMK- online. På denne baggrund var det ikke muligt for medarbejderne, sikkert at udføre medicindispensering og egenkontrol i denne forbindelse. Derudover konstaterede tilsynet, at der var fund i den praktiske medicin håndtering. Ved administration af ophældte lægemidler, var det ikke muligt at udføre den nødvendige kontrol i form af optælling af tabletter før udlevering, idet der ikke fandtes en lokal medicinliste.

Administration af ikke-doserbar medicin blev ikke systematisk dokumenteret.

Patienters retsstilling: Målepunktet var ikke opfyldt. Patienternes habilitet (samtykkekompetence) blev ikke vurderet og dokumenteret i alle stikprøver og der blev ikke konsekvent dokumenteret, hvorvidt der var indhentet informeret samtykke fra patienten forud for kontakt til behandlingsansvarlig læge.

Hygiejne: Målepunktet var fortsat ikke opfyldt. Det blev oplyst, at der endnu ikke var iværksat indsats på implementering af instrukser, fraset enkelte. Der blev observeret en medarbejder med ur på underarm.

Øvrige fund: Målepunktet var ikke opfyldt. Der var fortsat ikke instruks for samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, hvor ansvarsforholdet mellem praktiserende læger, læger tilknyttet Adeas A/S og evt. læge-pårørende fremgik.

Tilsynet bemærkede, at der nu var sikret sikker arbejdsgang omkring medicin håndtering for de postoperative patienter.

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 der foreligger en beskrivelse af personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling og herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver og evt. rammedelegation (målepunkt 1)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at de formelle krav til journalføring er overholdt (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i behandlingen (målepunkt 2)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation som minimum indeholder en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand, pleje og behandling og skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger samt, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af pleje, behandling og kontrol hos patienter der har fået foretaget kirurgiske indgreb (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 5)

- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienter (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicinhåndtering, og at personalet følger denne (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at af håndtering af risikosituationslægemidler foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og følger Sundhedsstyrelsens vejledninger (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning (11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. (målepunkt 13)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret og følger den skriftlige instruks mhp. at sikre forebyggelse af infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v. (målepunkt 13)
- Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 14)

2. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 7. januar 2021 en bekymringshenvendelse fra en tidligere ansat i Adeas Care. Henvendelsen omhandlede bekymring over den sundhedsfaglige pleje og behandling på stedet. På baggrund af henvendelsen besluttede styrelsen at varsle et reaktivt tilsyn, som blev gennemført den 25. januar 2021.

Fundene ved tilsynet medførte, at Styrelsen for Patientsikkerhed d. 23. april 2021 udstedte et påbud til Adeas A/S med følgende indhold:

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Adeas A/S, Skodsborg, afdeling Adeas Care:

1. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser herfor, fra den 23. april 2021.

2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for alle patienter fra den 23. april 2021.

3. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor, fra den 23. april 2021.

4. at sikre indhentelse af informeret samtykke forud for pleje og behandling fra den 23. april 2021.

5. at sikre udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks for ansvars- og kompetenceforhold og for pludseligt opstået sygdom og ulykke, samt sikre implementering af instruksen for fravalg af livsforlængende behandling og for hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme fra den 23. april 2021.

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Styrelsen har konstateret, at behandlingsstedet forud for det opfølgende tilsyn den 20. maj 2021 ikke havde offentliggjort tilsynsrapporten, samt resumé af påbud af 23. april 2021 på hjemmesiden.

Fokus for tilsyn

Målepunkterne for tilsyn med plejeområdet 2021 blev anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserede i tilsynet på:

- Instrukser, samt implementering af disse
- Ansvars- og kompetenceforhold
- Faglige fokuspunkter
- Journalføring
- Medicinhåndtering
- Patienters retsstilling
- Hygiejne

3. Fund

↑ Tilbage til vurdering

Fund fra tilsynsbesøg d. 20. maj 2021

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde ikke udarbejdet retningslinjer for visitationskriterier siden sidste tilsyn. Opgaven omkring visitation var overgået fra den tidligere afdelingssygeplejerske til en medarbejder. Denne kunne redegøre for de manglende konkrete kriterier, samt beskrive hvordan en indledende vurdering blev foretaget.</p> <p>Behandlingsstedet havde ikke siden sidste tilsyn, sikret at instruks for ansvars- og kompetenceforhold, stemte overens med de patienter der blev vurderet egnet til ophold. Det blev på tilsynet mundtligt oplyst, at det fornyligt var blevet besluttet, at social- og sundhedsassistenter også skulle varetage medicindispensering. Imidlertid fremgik det ved tilsynet, at en social- og sundhedsassistent ikke havde samme adgang, som en sygeplejerske-kollega havde til systemet. Det blev endvidere oplyst, at alle medarbejdere kunne varetage alle typer af patienter, uden at det var defineret, hvilke patienter det kunne være. I vagterne og i weekender passede sygeplejerskerne de postoperative patienter og de ville blive instrueret, såfremt de ikke kendte til opgaven. I hverdage, i dagtiden, blev disse passet af sygeplejersker kun med denne funktion.</p> <p>Det blev oplyst af patient ved interview, at sygeplejerskerne i vagterne havde mange opgaver hos de postoperative patienter og der derfor var lang ventetid på støtte til fx opfyldning af drikkevarer og hjælp til at komme i seng.</p> <p>Der var på stedet ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper og en ufaglært. Derudover var der timelønnede og sjældent brug af eksterne vikarer. Det</p>

					<p>blev oplyst, at i tilfælde af vikar ville denne altid have en fastansat som makker.</p> <p>Det blev oplyst ved interview, at i den aktuelle perioder med fravær af plejefaglige ledelse, var opgaver fordelt ud på forskellige medarbejdere og alle medarbejdere på Adeas Care vidste hvem de skulle henvende sig til ved tvivl, dette var dog ikke nedskrevet. I dagligdagen sikrede medarbejderne selv fordeling af patienterne.</p> <p>Behandlingsstedet varetog en udgående privat sygeplejefunktion. Der fandtes ikke instrukser der beskrev funktionen, samt medarbejdernes opgaver og ansvar. Det blev oplyst, at ved problemstillinger eller behov for sparring, ville de søge dette hos kollegerne i care-afdelingen.</p>
--	--	--	--	--	---

Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2: <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde i marts 2021 implementeret nyt journalsystem. I forbindelse med journalgennemgangen, blev konstateret følgende problemer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der var ikke iværksat tiltag for at implementere systemet og sikre ensartet brug blandt medarbejderne, før d. 10.5.21 • Ledelsen oplyste, at timelønnede og vikarer fik adgang til systemet. Imidlertid fremgik det, at der ikke var tidsafgrænsede, personlige koder tilgængelige. • Der var adskillige notater, hvor der var logget ind i én persons navn, men en anden person havde lavet notatet, hvilket kunne ses ved, at systemet valgte den person der var logget ind som forfatter af notatet, men en anden havde skrevet under med sine initialer. <p>I nogle situationer var der ikke underskrevet med initialer og det var således ikke klart, hvilken person der havde skrevet notatet.</p> <p>I flere situationer, var login sket med en fællesbrugerprofil. Ledelsen kunne ikke redegøre for brugen af</p>

					<p>fællesbrugerprofilen og hensigten med denne. Alle Adeas medarbejdere kunne vælges som forfatter på notat, ud fra en rullemenu og andre personers navne var ikke låst for den person, der var logget ind.</p> <ul style="list-style-type: none">• Systemet muliggjorde, at der kunne slettes i notater og tidligere historik kunne således ikke læses, hvis dette var sket. Dette indebærer, at medarbejderne manuelt skulle sikre dato og initialer når der var sket en ændring. Dette var ikke beskrevet i en instruks.• Det fremgik ikke af systemet, hvor mange og hvilke patienter der hørte under Adeas Care som en samlet liste/oversigt, det var således kun på en fysisk tavle på kontoret, hvor antal og navne kunne ses. Ved søgning på fx fornavn, fremkom alle patienter med det navn, med aktuel eller tidligere kontakter hos Adeas A/S og uanset organisatoriske kontakt hos Adeas A/S.• En patient modtog privat sygepleje i hjemmet, men havde også haft forløb på care-afdelingen. Det var i den organisatoriske kontakt i systemet ikke muligt at skelne mellem, hvornår patienten opholdt sig hjemme eller var på care-afdelingen. Det fremgik ikke af den sundhedsfaglige dokumentation, hvilken årsag der var til, at patienten modtog sygepleje, samt hvad opgaverne bestod i.• De tre stikprøver på journalføring, viste, at der ikke var ens systematik i måden at føre den sundhedsfaglige dokumentation på.• Medicinlisten blev ikke ført systematisk og entydigt.• Print fra FMK blev printet i flere versioner og således flerstrengt.• Oplysninger om patienternes aktuelle medicinordinationer var tillige skrevet under tilhørende problemområder i to stikprøver.• Medarbejderne dokumenterede medicindispensering og administration i fortløbende observationsnotater. For at se, hvad der var dispenseret i den givne periode, krævede det dog, at medicinnotatet blev sammenholdt
--	--	--	--	--	---

					<p>med for det tidspunkt, gældende print af FMK-online. Historiske medicin oplysninger var ikke direkte tilgængelige for medarbejderne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • I en stikprøve var der dokumenteret vægt og højde på en patient. Men journalen indeholdt ikke et felt til dette og var derfor skrevet i et felt til VAS (smerteobservation) • Journalen havde ikke et felt/fane etc. hvor der kunne angives en samlet oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser • I en ud af tre stikprøver, var der datakonverteret tidligere notater, men datakonvertering var i en rodet opsætning som ikke muliggjorde, at oplysningerne kunne læses meningsfyldt. <p>Behandlingsstedet havde ikke udarbejdet en instruks for den sundhedsfaglige dokumentation. Medarbejderne var mundtligt instrueret af den eksterne konsulent, efter d. 10.5.21, i hvordan journalen skulle føres fremadrettet.</p>
3:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I en ud af tre stikprøver var målepunktet ikke opfyldt, idet der ikke var foretaget en sygeplejefaglig vurdering og beskrivelse af patientens 12 sygeplejefaglige problemområder. I de to øvrige stikprøver var der fyldestgørende og detaljerede faglige vurderinger, systematisk ført.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke redegøres mundtligt for manglerne i den tredje stikprøve, idet de medarbejdere der var tilstede ved tilsynet, ikke var en del af den gruppe der kom hos patienten. Ledelsen var ikke bekendt med karakteren af problemstillinger og deraf sygeplejefaglige tiltag hos patienten. Ved gennemgang af journalen og FMK, fremgik det, at patienten var multisyg og med polyfarmaci.</p>
4:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med</u>		X		<p>I tre ud af tre stikprøver var målepunktet ikke opfyldt.</p> <p>I en journal var sygdomme og funktionsnedsættelser skrevet under relevante problemområder i forbindelse med indlæggelsessamtalen, men ikke i en samlet oversigt, idet dette ikke fandtes i journalen.</p>

	<u>behandlingsansvarlig læge</u>				<p>I en anden stikprøve, var der endnu ikke foretaget indlæggelsessamtale og patientens sygdomme kunne derfor kun ses ud af et samlet resumé, taget fra en epikrise.</p> <p>I den tredje stikprøve var journalen uden systematik og uden en samlet oversigt. Patienten var multisyg, vurderet ud fra medicinskemaet.</p> <p>Medarbejderne havde ikke tilstrækkeligt kendskab til patienten i den tredje stikprøve til at kunne redegøre for de mangelfulde oplysninger.</p>
5:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I en ud af tre stikprøver var målepunktet ikke opfyldt.</p> <p>Idet der ikke var foretaget relevante vurderinger af patientens aktuelle og potentielle problemstillinger og journalen ikke var ført systematisk, var det ikke muligt at danne sig overblik over opfølgning og evaluering på patientens problemstillinger.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke redegøres mundtligt for manglerne fra de tilstedeværende medarbejdere, idet de ikke kendte patientforløbet.</p>

Delegation

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6:		X		
	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			

Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7:		X		
	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>			
	Behandlingsstedet kunne på tilsynsdagen ikke fremvise en revideret instruks for pludselig opstået sygdom og ulykke, siden sidste tilsyn.			

					Medarbejderne der deltog ved tilsynet, var fuldt ud klar over arbejdsgangen ved pludselig opstået sygdom og ulykke.
8:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>		X		Behandlingsstedet kunne på tilsynsdagen ikke fremvise en revideret instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Det var således uklart, hvorvidt det var afklaret brug af skema til fravalg af livsforlængende behandling.

Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:		X		<p>Behandlingsstedet havde ikke beskrevet praksis for daglig afstemning med FMK og hvorvidt denne opgave kunne delegeres.</p> <p>Behandlingsstedet havde revideret instruks for medicinhåndtering, der var dog mangler i denne, da følgende ikke fremgik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvordan der blev udarbejdet en lokal medicinliste, hvor ordinationer fra FMK blev overført til og dagligt opdateret. Flere gange i instruks var anvendt begrebet "lokal medicinliste", men der fandtes på tilsynsdagen ikke en lokal medicinliste, men kun et print fra FMK. Medarbejdernes ansvar og opgaver ved kommunikation med den behandlingsansvarlige læge, fx ved modtagelse af elektronisk eller telefoniske ordination. Det fremgik ikke, hvordan administration af ikke-doserbare lægemidler skulle dokumenteres. Det fremgik ikke, hvordan dokumentation af rette handelsnavn skulle ske. Det fremgik ikke, hvordan administrationsprocessen skulle foregå og medarbejdernes opgave i denne forbindelse. Det fremgik, at ikke-autoriserede medarbejdere måtte udføre bestemte opgaver ud fra undervisning og dokumenterede kompetencer. Det fremgik imidlertid

					<p>ikke, hvor disse kompetencebeskrivelser kunne forefindes.</p> <p>Øvrige fund inden for medicinhandling viste, at instruksen endnu ikke var implementeret.</p> <p>Der var i en stikprøve ikke navn på håndkøbslægemidler. I samme stikprøve var der flere lægeordnede præparater uden ordinationslabel på, og det var således ikke muligt, at kontrollere rette navn og ordination, sammenholdt med FMK-liste.</p>
10:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u></p>		X		<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet printede ordinationsoversigt fra FMK i flere versioner, som både blev opbevaret på kontoret i aflåst skab og i patientens skab på værelset. • I to af stikprøverne så print forskelligt ud, af uklare grunde, udkom ordinationer forskelligt på side 1 og 2. På side 1, var der angivet tider, hvor medicinen skulle gives, på side 2 fremgik dette ikke. Printet kunne således ikke anvendes til at dispensere ud fra, hvilket det blev. Derfor var det heller ikke muligt ved administration, at anvende printet som tælleliste, idet det ikke fremgik, hvor mange tabletter der var dispenseret hvornår. • I en stikprøve, var der grå markeringer af præparaterne. Medarbejderne var ikke bekendt med, hvad denne markering betød. • Det var på FMK-listen ikke muligt at sortere ud fra fast, pn, ikke-doserbare lægemidler etc. Alle ordinationer stod i vilkårlig rækkefølge. • Behandlingsstedet havde ikke sikret en fast arbejdsgang for daglig kontrol af FMK i forhold til evt. ordinationsændringer foretaget af behandlingsansvarlig læge. • I en stikprøve var der tillige et håndskrevet skema med pn ordinationer, som var gældende fra et tidligere ophold, men som blev opbevaret med aktuel medicin. • Ved gennemgang af medicinbeholdning og medicinliste, fremgik det, at der ikke blev dokumenteret aktuelle handelsnavn,

					<p>idet behandlingsstedet ikke havde et medicinmodul der muliggjorde dette. For flere præparater var det gældende, at der i beholdningen var et præparat fra en anden producent end det der var angivet på FMK.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En patient fik dagligt fast benzodiazepin og ofte pn, hvilket fremgik af FMK og den sundhedsfaglige dokumentation. Egen læge havde skrevet i en meddelelse til behandlingsstedet, at der skulle gives to tabletter fast, svarende til, at fast og pn dosis skulle gives fast til natten. Dette stemte ikke overens med FMK, som medarbejderne fulgte. I samme stikprøve havde lægen ordineret et andet benzodiazepin med epilepsi, angivet som indikation, patienten havde imidlertid ikke epilepsi. Medarbejderne havde afklaret dette med lægen og rette indikation var oplyst som abstinenser, dog uden at det fremgik om det var alkohol eller benzodiazepin abstinenser. • I en stikprøve fremgik det af notatet fra indlæggelsessamtalen, at pårørende havde dispenseret medicin til 14 dage. Det fremgik dog ikke eksakt fra og til hvornår. Et andet sted i dokumentationen, kunne det ses at medarbejderne sidenhen havde dispenseret til den kommende uge.
11:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning</u>		X		<ul style="list-style-type: none"> • Et præparat fandtes i aktuell medicin, fra to forskellige producenter. Begge æsker var anbrudt. • I en stikprøve, var patienten delvist selvadministrerende. Dette fremgik ikke af print fra FMK, men var imidlertid dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation. • I en stikprøve var der ikke anbrudsdato og navn på flere inhalationspræparater. • Der blev ikke systematisk dokumenteret for administration af medicin (ikke-doserbar lægemiddel). • I en stikprøve, var pn benzodiazepin ikke i beholdningen. Oplyst af medarbejder og patient, var det imidlertid heller ikke aktuelt. • I en stikprøve, var der i en æske forkert antal tabletter dispenseret (7 i stedet for 6).

					<ul style="list-style-type: none"> • I en stikprøve, var der i aktuel medicin et glas med uaktuel medicin. • For flere præparater i aktuel medicin, var der anbrudt mere end en æske / et glas og det var således uklart, hvilken der var taget fra (i tilfælde af forskellig batch).
--	--	--	--	--	---

Patientens retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12: <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		x		I en ud af tre stikprøver var patientens habilitet ikke vurderet. I en ud af tre stikprøver fremgik det ikke, hvorvidt der var indhentet samtykke forud for kontakt til egen læge i en konkret behandlingssituation

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13: <u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>		X		Det var på tilsynsdagen ikke klart for de tilstedeværende, hvor instruks for hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme kunne findes. Instrukserne var ikke klart tilgængelige. En medarbejder blev observeret bærende armbåndsur.

Øvrige

Målepunkt	Fund	Fund og kommentarer
14: <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	x	Behandlingsstedet kunne endnu ikke fremvise en instruks for samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger. Medarbejderne redegjorde for, at den behandlingsansvarlige læge som udgangspunkt, var patienternes praktiserende læge.

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Adeas A/S, er det tidligere Kysthospital, Skodsborg.
- Care, genoptræning og rehabilitering, er en afdeling på Adeas, Skodsborg. Øvrige aktiviteter på Adeas, Skodsborg var fysioterapi og lægefaglige behandling, herunder kirurgi og ambulante tilbud.
- Adeas, Care modtog patienter på rehabiliteringsophold, fx hjemmefra, efter et kirurgisk indgreb eller ved behov for ekstra rehabilitering efter anden form for indlæggelsesforløb. Der blev foretaget en individuel visitation, med vurdering af hvorvidt patienterne egnede sig til ophold. Indskrivning skete ved henvendelse fra patienter og/eller pårørende. Vurderingen af om en patient var egnet til et ophold, blev foretaget af en medarbejder. Det blev oplyst, at grundlaget for vurderingen var de informationer og oplysninger, der kom fra patienten selv og/eller pårørende, samt et eventuelt udskrivningsbrev fra behandlende hospitalsafdeling.
- Der var tilknyttet faste sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælper og en ufaglært. Dog var det ikke klart på tilsynsdagen, hvor stor personalegruppen var, og hvor mange vagter der blev dækket af timelønnede medarbejdere eller vikarer. Ledelsen oplyste, at de sjældent anvendte vikarer fra vikarbureau, men primært faste timelønnede medarbejdere.
- Det blev oplyst, at der i dagvagt på hverdage var et fremmøde på tre medarbejdere, og to medarbejdere i aftenvagt og i nattevagt.
- I aften og nattevagt var der typisk en social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent der var på vagt, til primært at varetage plejen og omsorgen til rehabiliteringspatienterne.
- De postoperative patienter, efter knæ- eller hofteoperation, lå på samme etage som rehabiliteringspatienterne. De to patientkategorier lå i hver ende af etagen.
- I dag, aften og nat var der altid en sygeplejerske på vagt, når der var postoperative patienter på etagen.
- Sygeplejersken havde det primære ansvar i afdelingen, passede de postoperative patienter og bistod medarbejderen der varetog plejen af rehabiliterings-patienterne ved behov for hjælp, behov for medicingivning eller i akutte situationer. Lige såvel som medarbejderen der passede rehabiliteringspatienterne kunne bistå sygeplejersken hos de postoperative patienter ved behov for dette.
- Det blev oplyst, at der var fastansatte medarbejdere i aften og nattevagt.
- Der var plads til 12 patienter, men der var typisk indskrevet 6-8 patienter, hvoraf de fleste ophold varede cirka 14 dage, nogle gange kortere. Dog var der eksempler på længere ophold, i op til flere måneder. Der havde for nyligt været et terminalt forløb. En anden patient var aktuelt indlagt pga. en akut opstået forværring og på tilsynsdagen var der en episode med en dårlig postoperativ patient.
- Det blev oplyst af ledelsen, at der de fleste dage var 4 postoperative patienter der overnattede til efterfølgende dag.
- På tidspunktet for tilsynet, var der indskrevet 3 care-patienter og 7 postoperative patienter, hvoraf nogle skulle udskrives samme dag.
- Derudover var der en udgående funktion til en patient i hjemmet.
- Der var en fast tilknyttet fysioterapeut som varetog den daglige træning med patienterne.
- Det blev oplyst at afdelingssygeplejersken havde ledelsesansvar for rehabiliteringspatienterne, den postoperative del og den udgående funktion.

- Afdelingssygeplejersken var fratrådt i udgangen af april 2021 og der var aktuelt ikke en plejefaglig ledelse. Rekrutteringsprocessen var påbegyndt. Medarbejderne refererede p.t. til direktøren.
- Behandlingsstedet anvendte journalsystemet "Exmedicus", der var implementeret 1. marts 2021.
- Instrukser var tilgængelig på afdelingen i printet form i fysiske mapper. Derudover var der instrukser på afdelingens elektroniske drev.

Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg på care-afsnittet. Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

- Tidligere tilsynsrapport
- Tilsynsbesøg
- Interview af ledelse og medarbejdere
- Gennemgang og vurdering af sundhedsfaglige instrukser

Styrelsen gennemgik journaler på tre tilfældigt udvalgte patienter. Derudover blev der foretaget gennemgang af medicin håndtering og af medicinrum.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Direktør Kim Hafstrøm
- Kvalitetsansvarlig overlæge, Jørgen Lund
- Ekstern konsulent, sygeplejerske

- Endvidere deltog tre medarbejdere i tilsynet, i forbindelse med journalgennemgang, vurdering af medicin håndtering og ved gennemgang af medicinrum.

Tilsynsbesøget blev foretaget af: oversygeplejerske og fagområdeansvarlig Helle Lerche Nordlund og oversygeplejerske Sarah Sommer.

5. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

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

Der er fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

Journalføring

2: Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet
- notaterne er skrevet på dansk, frasen eventuel faglig 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, og hvad disse indeholder
- 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](#)

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

3: Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

4: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand. Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsukkermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

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

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

[Sundhedsstyrelsens publikation - Den ældre medicinske patient](#)

↑Tilbage til oversigt

5: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

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

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

Referencer:

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

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

Delegation

6: Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

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

Der er fokus på om:

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

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

Faglige fokuspunkter

7: Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

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

↑**Tilbage til oversigt**

8: Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruks. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruks fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruks, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 6, §24a\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

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

[Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr 9934 af 29/10/2019](#)

[Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr 9935 af 29/10/2019](#)

↑**Tilbage til oversigt**

Medicinhandling

9: Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhandling med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhandling, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhandling
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder handling af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
- Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
- Lavdosis methotrexat.
- Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)
- Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
- Gentamicin
- Digoxin

Referencer:

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

[Vejledning om ordination og handling 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](#)

[Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler](#)

10: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:

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

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling

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

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinhandling- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er 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](#)

[Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

Patienters retsstilling

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.

- **Samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værgen eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- **Informeret samtykke:** Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5 vedr. Patienters medinddragelse i beslutninger\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

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

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

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

[Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)

[Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Hygiejne

13: Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere 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:

[Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019\)](#)

[Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 7. juli 2011](#)

[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 2013](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

↑ **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.

Ud over 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 [Tilsyn med behandlingssteder](#). 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](#) 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