



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport Psykiatrisk Center Amager Region Hovedstadens Psykiatri

Opfølgende tilsyn

Psykiatrisk Center Amager
Digevej 110
2300 København S

CVR- nummer: 29190623 **SOR-ID:** 339021000016006

Dato for tilsynsbesøget: 15-03-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-12110

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på **Psykiatrisk Center Amager** ved det opfølgende tilsynsbesøg den **15-03-2023** ikke identificeret problemer af betydning for patientsikkerheden og har vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Den 15. marts 2023 var Styrelsen for Patientsikkerhed på opfølgende tilsyn for at vurdere, om påbud til Psykiatrisk Center Amager (PCA) fortsat var nødvendigt eller kunne ophæves. Påbuddet af 30. januar 2023 tilsagde PCA at sikre:

- Systematisk opfølgning på behandlingskonferencer
- Systematisk koordinering af den medicinske behandling med patienternes egen læge/praktiserende psykiater
- Tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor

Tilsynet tog udgangspunkt i de målepunkter, der var omfattet af påbuddet (nr. 6, 8 og 17) samt henstillingen vedrørende målepunkt nr. 1 om at sikre klare retningslinjer for ansvars- og kompetenceforhold, herunder de opgaver som de medicinstuderende, der er ansat som vikar for læge i Akut Modtageafsnit, må varetage.

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn, der omfattede Akut Modtageafsnit i Psykiatrisk Akutmodtagelse og de ambulante teams: Akutteamet, F-ACT og OPUS. Vi konstaterede, at alle de omfattede målepunkter var opfyldt, og vi identificerede ikke åbenlyse fejl og mangler vedrørende patientsikkerheden i øvrigt. Vi fandt, at PCA fremstod sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik i forhold til behandling af de psykiatriske patienter.

Som opfølgning på påbuddet var der gennemført et betydeligt forbedringsarbejde, der primært involverede ledere og medarbejdere på PCA, men også Region Hovedstadens Psykiatri (RHP), som har det overordnede ledelsesansvar samt sikrer gældende instrukser.

Arbejdet med efterlevelse af påbuddet blev varetaget med involvering af alle relevante niveauer i organisationen. Det omfattede bl.a.:

- Justering af vejledninger vedrørende journalføring af telefoniske henvendelser, konferencebeslutninger og information til egen læge/henvisende læge samt de lægelige opgaver som medicinstuderende må varetage, herunder instruktion og oplæring
- Undervisning af alle medarbejdere i F-ACT, OPUS og Akutteamet med fokus på de ændrede vejledninger og nye procedurer
- Udarbejdelse af standarder for behandlingskonferencer, board-møder og patientgennemgange

- Fokuserede audits

Opfølgning på behandlingskonferencer og koordination af behandlingen med praktiserende læger

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der var arbejdet målrettet med at beskrive de behandlingskonferencer, som finder sted på PCA, samt tydeliggøre hvornår tværfaglige drøftelser og beslutninger skal journalføres, hvem der har ansvaret for journalføringen, og hvilke oplysninger der skal fremgå af notaterne.

Ved journalgennemgangen så vi relevante konferencenotater. I Region Hovedstadens instruks for journalføring var der udarbejdet en lokal tilføjelse gældende for psykiatrien om journalføring af beslutninger truffet på konferencer. Der var ligeledes udarbejdet en skabelon (Smart Text) i Sundhedsplatformen, som blev anvendt ved journalføring af konferencenotater.

Ved interview af ledere og medarbejdere fremgik det, at der var klare retningslinjer for hvem, der havde behandlingsansvaret i patientforløb i Akutteams, F-ACT og OPUS. Endvidere fremgik det, at der systematisk udsendes oplysninger til patientens egen læge, når forløb opstartes og ansvaret skifter mellem teams.

Ved journalgennemgangen konstaterede vi, at relevante notater var sendt til primærsektoren. I Region Hovedstaden har der været dialog med praktiserende læger om opgavefordelingen. I regionens instruks for journalføring er der formuleret en lokal tilføjelse gældende for psykiatrien om information til egen læge / henvisende læge. Der er endvidere udarbejdet skabelon med anvisninger vedrørende fremsendelse af ambulante notat til praktiserende læge og henvisende speciallæge i sundhedsplatformen. Disse tiltag præciserer, at under ambulante forløb i RHP varetager den behandlingsansvarlige læge receptudskrivelsen af psykiatrisk medicin. Denne praksis blev bekræftet ved interview af ledere og medarbejdere.

Journalføring og instruks herfor

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der var arbejdet målrettet med den sundhedsfaglige dokumentation. Der var gennemført obligatorisk undervisning af alle medarbejdere inklusiv de medicinstuderende med særligt fokus på ændringer i instrukser, journalføring af medicinændringer, journalføring af telefoniske henvendelser samt journalføring af beslutninger som kræver inddragelse af den behandlingsansvarlige læge evt. bagvagt. Ved journalgennemgangen fandt vi de relevante indledende vurderinger og optegnelser, screeninger og behandlingsplaner.

Region Hovedstadens instruks for journalføring var blevet tilrettet, herunder udbygget med en lokaltilføjelse gældende for psykiatrien, der præciserede hvordan telefoniske henvendelser skulle håndteres og journalføres.

Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der gennem uddannelse og audits systematisk var fulgt op på implementeringen af de reviderede instrukser og procedurer i øvrigt. Der var gennemført audits på 40 journaler ugentligt i uge 7, 8, 9 og 10 med fokus på medicinændringer ved sygeplejerske, konferencenotater og journalføring af konferering med bagvagt eller behandlingsansvarlig læge. Resultaterne af audits blev løbende delt i alle ledelseslag og med medarbejderne.

Det blev oplyst, at der som opfølgning på tilsynet den 29. nov. 2022 ved PCA og de her konstaterede mangler var blevet gennemført audits i alle de øvrige psykiatriske akutmodtagelser i Region Hovedstaden, og at de justerede vejledninger for journalføring er i implementeringsfase i hele organisationen.

Medicinstuderendes ansvar og opgaver

Ved tilsynet forelå et revideret opgaveskema til medicinstuderende, der er ansat som vikar for læge inden for psykiatrien i Region Hovedstaden. Skemaet specificerer, hvilke opgaver de studerende må/ikke må varetage, hvorvidt de må træffe beslutning om behandling selvstændigt eller det kræver konferering med uddannet læge. Det fremgår ligeledes, hvornår kontrasignering i journalen er påkrævet, og at en indledende lægelig vurdering (AOP) udarbejdet af en medicinstuderende altid skal godkendes af bagvagt. Det fremgik ved interview af personalet herunder medicinstuderende, at der var relevant kendskab til rammer og begrænsninger for de opgaver, som de medicinstuderende må varetage. Fem lægemidler var blevet omfattet af en rammedelegation.

Samlet vurdering

Den omfattende forbedringsproces havde ført til forbedringer af patientsikkerheden i en sådan grad, at vi ved tilsynet ikke gjorde fund. Vi vurderer på dette grundlag, at der på de undersøgte områder ikke er problemer af betydning for patientsikkerheden, og vi har derfor ophævet påbuddet af 30. januar 2023.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2.	<u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
3.	<u>Interview om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
4.	<u>Interview om vurdering af voldsrisiko</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
5.	<u>Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022

Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Interview om journalføring</u>	X			
7.	<u>Journalgennemgang om formelle krav til journalføring</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	<u>Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			

9.	<u>Interview om indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
10.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af, om der foreligger en systematisk vurdering af suicidalrisiko i det ambulante forløb</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022

Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	<u>Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
12.	<u>Interview om informeret samtykke til behandling</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022

Overgange i patientforløb

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Journalgennemgang af vurdering af epikriser</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
14.	<u>Interview om orientering af praktiserende læge ved længerevarende ambulante forløb</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
15.	<u>Journalgennemgang af overlevering af oplysninger mellem teams</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022
16.	<u>Interview om overlevering af oplysninger ved overflytning mellem teams</u>	X			Opfyldt ved tilsynet den 29.11 2022

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
--	-----------	---------	--------------	--------------	---------------------

17.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X	
-----	--	--	--	---	--

3. Relevante oplysninger

Begrundelse for tilsyn

Formålet med tilsynet på Psykiatrisk Center Amager (PCA) den 15. marts 2023 var at følge op på det reaktive tilsyn af 29. november 2022, der førte til at Styrelsen for Patientsikkerhed den 30. januar 2023 udstedte påbud til Psykiatrisk Center Amager (PCA) om at sikre:

1. systematisk opfølgning på behandlingskonferencer fra den 30. januar 2023.
2. systematisk koordinering af den medicinske behandling med patienternes egen læge eller privatpraktiserende psykiater fra den 30. januar 2023.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor, fra den 30. januar 2023.

Det opfølgende tilsyn skulle afklare, hvorvidt påbuddet fortsat var aktuelt eller kunne ophæves. Tilsynet omfattede målepunkterne nr. 6, 8 og 17, hvor manglende opfyldelse havde medført påbud. Endvidere skulle tilsynet afklare, hvorvidt målepunkt nr. 1, hvor styrelsen havde givet en henstilling, var blevet opfyldt.

Tilsynet, der blev varslet den 13. februar 2023 omfattede

- Psykiatrisk Akut Modtageafsnit.
- Akutteam (tidligere APH-team), F-ACT-team og OPUS-team. Vedrørende OPUS havde tilsynet alene fokus på procedurer og praksis med hensyn til visitationen af patienter.

Oplysninger om Psykiatrisk Center Amager (PCA) ved det opfølgende tilsyn

- PCA ledes af en centerledelse med centerchefen som øverst ansvarlig. Denne stilling var ubesat ved tilsynet, hvor funktionen blev varetaget af konstitueret centerchef Morten Koch. Derudover indgår endvidere cheflægerne Henrik Nørbak-Emig og René Sjølland samt centerchefsygeplejerskerne Henriette Vedel Nielsen og Tina Eggert i ledelsen.
- Læggestaben består af speciallæger og yngre læger suppleret med medicinstuderende, der alle er ansat på centerniveau. Ved tilsynet var der ingen vakante lægestillinger.

Akut Modtageafsnit (AKA) i Psykiatrisk Akutmodtagelse (PAM)

- Ledelsen består af oversygeplejerske Miriam Weiss og afsnitsledende overlæge Bernard Aoun.
- PAM behandler patienter fra 18 år, som har brug for hurtig undersøgelse og indlæggelse ved behov. Patienterne bliver enten afsluttet til primær sektor, indlagt på sengeafsnit eller henvist til videre forløb i PCA via Akutteamet.
- Den afsnitsledende overlæge er fast til stede på hverdage i dagtid. På øvrige dage og i vagttid varetages de lægelige opgaver af vagthavende læger i PCA samt tilknyttede medicinstuderende.
- Om dagen er PAM fast bemandede med to forvagter (FV) og to bagvagter (BV) på speciallægeniveau. BV er til stede i tidsrummet kl. 15.30 - 20.00 og på tilkald aften/nat. Yderligere er en "Speciallæge I Front" SIF på vagt frem til kl. 20.00 Der er altid to FV i vagt, hvoraf den ene typisk er en medicinstuderende. Den anden er altid en autoriseret læge.
- Der er ansat syv medicinstuderende, som fungerer som vikar for læge.

- Ved tilsynet var der 7 vakante stillinger inden for plejen. Bemandingen udgøres af ca. 3 social-og sundhedsassistenter, 14 sygeplejersker og en plejer.

Akutteamet

- Teamet er organisatorisk forankret i PAM og ledes af oversygeplejerske Miriam Weiss og afsnitsledende overlæge Bernard Aoun.
- Akutteamet sikrer hurtig hjælp/behandling til akutte psykiatriske tilstande og kan kontaktes kl. 9-21. Teamet er bemandet med afsnitsledende overlæge, 2 specialsygeplejersker, 6 sygeplejersker samt en socialrådgiver. Der var endvidere tilknyttet en psykolog
- Ved tilsynet var der en vakant stilling inden for plejen. Fra 1. maj vil der være fuld bemanding.

F-ACT

- F-ACT ledes af oversygeplejerske Sigrud Matthesen og afsnitsledende overlæge Nina Jennes Foli-Andersen.
- F-ACT varetager behandling af patienter over 18 år med alvorlig sindslidelse.
- Teamet er udover afsnitsledelsen bemandet med ca. 8 læger, 1 specialsygeplejerske, ca. 20 sygeplejersker, 3 psykologer samt 5 ergoterapeuter, 1 fysioterapeut og socialrådgivere.
- Ved tilsynet var to stillinger indenfor plejen i opslag.

OPUS

- OPUS ledes af teamleder og specialpsykolog Sara Zacho Clausen i samarbejde med afsnitsledende overlæge Lene Marianne Henningsen.
- Behandlingen er målrettet unge/voksne mellem 18 og 35 år med en ny-diagnosticeret skizofrenisygdom.
- Teamet er udover afsnitsledelsen bemandet med 3 læger, 3 ergoterapeuter, 5 psykologer, 2 specialsygeplejersker, 4 sygeplejersker samt 2 øvrige sundhedspersoner.
- Der var ingen vakante stillinger ved tilsynet.

Om tilsynet

Ved tilsynet blev gennemført:

- Indledende møde med ledelsen.
- Fælles interview med centerledelsen og afsnitsledelsen af Akut Modtageafsnit, Akutteamet, F-ACT og OPUS samt medlemmer af centerledelsen.
- Interview med tre sygeplejersker fra Akut Modtageafsnit, der varetager telefoniske forespørgsler.
- Interview med medicinstuderende, der udfører lægelige opgaver i Akut Modtageafsnit.
- Interview samt gennemgang af journaler ved sundhedsfagligt personale, der varetager opgaver i Akut Modtageafsnit, Akutteamet og F-ACT. Ved interviewet deltog 8 sundhedsfaglige medarbejdere
- Afsluttende møde med ledelsen.

Der blev gennemgået 10 journaler. De var udvalgt og læst før tilsyn ud fra en liste over 12 patientforløb, der omfattede:

- de seneste 6 ambulante patienter, der var visiteret gennem Psykiatrisk Akutmodtagelse/Akutteamet hvor tre patienter havde forløb som omfattede henvisning til og behandling af F-ACT og tre omfattede henvisning til OPUS.
- de seneste 3 patienter som var vurderet og behandlet i Akutmodtagelsen af en medicinstuderende og hvor der ikke var planlagt yderligere behandling i PCA.
- de seneste 3 patienter som op til forløbet i PCA var blevet behandlet hos egen læge eller praktiserende psykiater.

Følgende generelt gældende regionale instrukser samt andre instrukser gældende for Region Hovedstadens Psykiatri med lokale tilføjelser og supplerende skemaer gældende for PCA blev fremsendt og læst forud for tilsynet:

- Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
- Delegation af bestillinger og ordination i SP (nyt: tilføjet bemærkninger og link til medicinstuderende)
- Delegering best./ord. Sygeplejersker
- Delegering best./ord. Akutsygeplejersker
- Delegering best./ord. Social -og sundhedsassistenter
- Bemyndigelsesskema psykolog RHP
- Bilag 2.1. Medicinstuderende som varetager og udfører lægelige opgaver – kvalifikationer, opgaver og ansvar (nyt: RHP-tilføjelse under punkterne kvalifikationskrav og bemyndigelse af opgaven)
- Bilag 2.2. Opgaveskema for medicinstuderende ansat som vikar for læge (ny RHP- tilføjelse)
- Bilag 2.3. Delegation oxapax stud.med. PCA (ny RHP-tilføjelse)
- Bilag 2.4 Delegation risolid stud.med. PCA (ny RHP-tilføjelse)
- Bilag 2.5 Delegation zopiclone stud. med. PCA (ny RHP-tilføjelse)
- Bilag 3.1 Akutsygeplejerskers funktion og delegationsramme
- Bilag 3.2 Funktionsbeskrivelse for akutsygeplejerske
- Bilag 3.3 Oversigt over lægemidler
- Bilag 4.1 Introduktion af nye medarbejdere på PCA
- Bilag 4.2 Introduktionsprogram PCA-marts 2023
- Bilag 5.1 Journalføring -vurdering og indhold (nyt: RHP- tilføjelser med vejledning om tlf. henvendelser, konferencebeslutning, information til egen/henvisende læge)
- Bilag 6.1 Beskrivelse af arbejdsgange i SP- lommekort vedrørende procedurer for samarbejde m. prak. (special-) læger (opdateret 2023)
- Psykotiske tilstande hos børn, unge og voksne -medicinsk behandling (RADS)
- Dokumenter vedrørende introduktion og oplæring af nyt personale.

Derudover blev der inddraget opdaterede oplysninger om:

- Organisering og bemanning

Deltagere ved tilsynet

Ved interview med centerledelsen og afdelingsledelserne af Akut Modtageafsnit, Akutteam, F-ACT og OPUS deltog

- Hallur Thorsteinsson, tidligere centerchef
- Tina Eggert, chefsygeplejerske ambulant
- Henrik Nørbak-Emig, cheflæge ambulant
- Henriette Vedel Nielsen, chefsygeplejerske døgn
- René Sjølland, cheflæge døgn

- Miriam Weiss, oversygeplejerske, Akutteam og akutmodtagelse
- Bernard Aoun, afdelingsledende overlæge, Akutteam og akutmodtagelse
- Sara Zacho Clausen, teamleder og specialpsykolog, OPUS
- Lene Marianne Henningsen, afdelingsledende overlæge, OPUS
- Sigrid Matthesen, oversygeplejerske, F-ACT
- Nina Jennes Foli-Andersen, afdelingsledende overlæge, F-ACT

Ved det afsluttende møde deltog

- Lone Bjørklund, vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri
- Hallur Gilstón Thorsteinsson, tidligere centerchef
- Morten Koch, konstitueret centerchef
- Tina Eggert, chefsygeplejerske ambulant
- Henrik Nørbak-Emig, cheflæge, ambulant
- Henriette Vedel Nielsen, chefsygeplejerske døgn
- René Sjølland, cheflæge døgn
- Miriam Weiss, oversygeplejerske, Akutteam og Akut Modtageafsnit
- Bernard Aoun, afdelingsledende overlæge, Akutteam og Akut Modtageafsnit
- Sara Zacho Clausen, teamleder og specialpsykolog, OPUS
- Lene Marianne Henningsen, afdelingsledende overlæge, OPUS
- Sigrid Matthesen, oversygeplejerske, F-ACT
- Nina Jennes Foli-Andersen, afdelingsledende overlæge, F-ACT
- Signe Kristensen, kvalitets-og forbedringschef

Endvidere deltog stabsmedarbejdere fra Region Hovedstadens Psykiatri

Tilsynet blev foretaget af

- Janne Lehmann Knudsen, overlæge
- Ulla Axelsen, overlæge
- Kate Dagmar Jensen, oversygeplejerske

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold

Den tilsynsførende interviewer ledelsen om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og kompetenceforhold.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at organiseringen understøtter behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver
- at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver
- at der er retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende.

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personalet for at vurdere behandlingsstedets praksis med henblik på at sikre tværfagligt samarbejde i teams og koordination på tværs af teams.

Ved interview af ledelsen og personalet skal det fremgå, at behandlingsstedet sikrer:

- at der er procedurer, som sikrer samarbejde vedrørende udredning og behandling på tværs af teams, når det er relevant
- at der er klarhed over, hvorledes afviste henvisninger håndteres
- at der er klarhed over, hvorledes det tværfaglige samarbejde sikres som forudsætning for, at de forskellige faggruppers kompetencer inddrages i forbindelse med diagnostik og behandling.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Sundhedsloven om driftsherrens ansvar for forsvarlig organisering \(§ 3a\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)
- [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](#)

2. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets varetagelse af sundhedsfaglige opgaver.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er fastlagt procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande
- at personale, der varetager sundhedsfaglige opgaver, instrueres i de fastlagte procedurer
- at der er klarhed over hvordan uenigheder mellem involverede sundhedspersoner vedr. vurdering og behandling af en patient håndteres
- at ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte procedurer.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet er instrueret i og anvender procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande
- at personalet er instrueret i og anvender procedurer for håndtering af parakliniske undersøgelser
- at der er klarhed over, hvordan uenigheder mellem involverede sundhedspersoner vedr. vurdering og behandling af en patient håndteres.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Sundhedsloven om driftsherrens ansvar for forsvarlig organisering \(§ 3a\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)
- [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](#)

3. Interview om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets instruktion af og tilsyn med personale, der fungerer som medhjælp (udfører delegeret forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er taget stilling til brugen af konkrete delegeringer og rammedelegeringer
- at der er instruks for delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
- at personale, der fungerer som medhjælp, instrueres i at varetage de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver
- at der føres tilsyn med personale, der udfører delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet er instrueret i varetagelsen af delegerede opgaver
- at eventuelle rammedelegeringer er tydelige og anvendes i udførelsen af det daglige arbejde
- at personalet kan sige fra overfor opgaver, som de ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt.

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

4. Interview om vurdering af voldsrisiko

Tilsynsførende interviewer ledelse og personale med henblik på at vurdere, om der i relevante situationer foretages en systematisk sundhedsfaglig vurdering af voldsrisiko og hvis relevant udarbejdes en plan for opfølgning herpå.

Ved interview af ledelsen og personalet skal det fremgå, at i relevante situationer dokumenteres følgende oplysninger i journalen:

- aktuelle tegn hos patienten, som indikerer risiko for voldelig adfærd
- tidligere voldsadfærd
- sundhedspersonens vurdering af den aktuelle risiko for voldelig adfærd.

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](#)

5. Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instrukser for rammedelegation(er) for forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- at instrukserne er tilpasset personalets kompetencer, herunder beskriver hvilke faggrupper der kan anvende rammedelegationen
- at rækkevidden og omfanget af rammedelegationer til behandling af en defineret patientgruppe er beskrevet.

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

Journalføring

6. Interview om journalføring

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale om behandlingsstedets procedure og praksis for journalføring.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er procedurer for personalets opgaver og ansvar i forbindelse med journalføring
- at der er procedurer for, hvor i journalen optegnelser skal føres, herunder journalføring af konferencebeslutninger og andre tværfaglige drøftelser af betydning for behandlingen

- at der er procedurer for, hvordan man retter i journalen
- at der er procedurer for personalets læse- og skriveadgang til journalen
- at der er procedurer for, hvordan personalet skal tilgå oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal, samt hvorledes der skal journalføres i situationen og hvordan det indføres i journalen efterfølgende.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet journalfører i henhold til behandlingsstedets procedure, herunder journalføring af konferencebeslutninger og andre tværfaglige drøftelser af betydning for behandlingen
- at personalet ved, hvordan de skal forholde sig ved behov for rettelser i journalen
- at personalet ved, hvordan de skal tilgå oplysninger om patienter i tilfælde af nedbrud af den elektroniske patientjournal, og hvorledes de skal journalføre i situationen og hvordan det indføres i journalen efterfølgende.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

7. Journalgennemgang om formelle krav til journalføring

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere, om behandlingsstedet overholder de formelle krav til journalføring.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at notaterne er daterede
- at notaterne indeholder patientens navn og personnummer, samt hvem der har foretaget plejen og behandlingen
- at notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel medicinsk terminologi
- at notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- at teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- at overflytninger, herunder oplysninger om, hvorfor patienten er blevet overflyttet og patientens status ved overflytningen, fremgår af journalen
- at det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format fx billeder.
- at journalføringen sker i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

Faglige fokuspunkter

8. Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for at stille indikation for undersøgelser og behandlinger, samt lægge en plan for behandling og opfølgning.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at der er en tilstrækkelig psykiatrisk og somatisk anamnese, herunder oplysninger om aktuelle og relevante tidligere sygdomsforløb
- at der er indikation for undersøgelser og behandlinger
- at der er lagt behandlingsplaner
- at der er fulgt op på behandlinger i henhold til behandlingsplanen.

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](#)

9. Interview om indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Den tilsynsførende interviewer personalet for at vurdere behandlingsstedets praksis for at sikre indikation, plan for behandling og opfølgning.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at der indhentes en tilstrækkelig psykiatrisk anamnese og en tilstrækkelig somatisk anamnese med oplysninger om aktuelle og relevante tidligere sygdomsforløb
- at der tages stilling til indikationer for undersøgelser og behandlinger
- at der lægges planer for behandlinger
- at der er følges op på behandlinger i henhold til behandlingsplanerne.

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](#)

10. Journalgennemgang med henblik på vurdering af, om der foreligger en systematisk vurdering af suicidalrisiko i det ambulante forløb

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er udført en systematisk sundhedsfaglig vurdering af suicidalrisiko samt plan for opfølgning herpå.

Journalen skal som minimum indeholde oplysninger om sundhedspersonens vurdering af:

- hvorvidt patienten vurderes suicidaltruet, og herunder tidligere har forsøgt at begå selvmord
- hvis patienten vurderes suicidaltruet, skal planen for opfølgning fremgå, og det skal fremgå, at planen følges.

Referencer:

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

Patienters retsstilling

11. Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for informeret samtykke til behandling.

Ved journalgennemgang skal det fremgå:

- at der er informeret om helbredstilstand og behandlingsmuligheder og indhentet samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter samt for børn og unge under 18 år.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

12. Interview om informeret samtykke til behandling

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets procedure for informeret samtykke til behandling.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at behandlingsstedet har en procedure for, at der informeres om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, og at der indhentes samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter samt for børn og unge.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at patienter informeres om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, og at der indhentes samtykke forud for iværksættelse af behandling, herunder til behandling af både habile og inhabile patienter samt for børn og unge.

Referencer:

- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 5\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Overgange i patientforløb

13. Journalgennemgang af vurdering af epikriser

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på vurdering af behandlingsstedets praksis for udfærdigelse af epikriser.

Ved gennemgang af epikriserne skal det fremgå:

- at anbefalinger om opfølgning hos egen læge er tydeligt beskrevet og står i begyndelsen
- at der er et kort resume af forløbet, herunder diagnoser, behandling og udførte undersøgelser samt parakliniske resultater
- oplysninger om medicin, herunder seponering af medicin, indikation for ny medicin og behov for opfølgning, hvis der er ændret i patientens medicin
- hvilken information, der er givet til patienterne
- at eventuel vurdering af fravalg af livsforlængende behandling er beskrevet

Det skal endvidere fremgå,

- at epikriserne ved udskrivelse eller afslutning af behandlingsforløb tidsmæssigt er fremsendt i henhold til behandlingsstedets instruks.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018](#)

14. Interview om orientering af praktiserende læge ved længerevarende ambulante forløb

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets procedurer for at sende en epikrise til orientering til patientens egen læge undervejs ved længerevarende ambulante forløb.

Ved interview af personalet skal det fremgå:

- at der er procedurer for afsendelse af epikrise til patientens egen læge ved længerevarende ambulante forløb.

Referencer:

- [Vejledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018](#)

15. Journalgennemgang af overlevering af oplysninger mellem teams

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for at modtagende team har de oplysninger, der er nødvendige for at vurdere og behandle patienten.

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at teams, der modtager patienter fra en afdeling eller et behandlingsteam har de oplysninger, der er nødvendige for at vurdere og behandle patienten.

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](#)

16. Interview om overlevering af oplysninger ved overflytning mellem teams

Den tilsynsførende interviewer ledelsen om behandlingsstedets procedurer for overlevering af oplysninger.

Ved interview med ledelsen skal det fremgå:

- at der er procedurer ved overflytning mellem teams, som sikrer at modtagne team har de oplysninger, der er nødvendige for at vurdere og behandle patienten.

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](#)

Øvrige fund

17. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet¹. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner² udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient³.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn⁴. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Vi udvælger behandlingssteder⁵ til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under [Tilsyn med behandlingssteder](#). Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Se sundhedsloven § 213.

² Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ 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.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁷. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi 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 patientsikkerheden⁸.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

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

⁹ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

¹⁰ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹¹ 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 disse 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

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et 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 vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder 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 tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet og ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1