



# Tilsynsrapport

## De midlertidige pladser, Træningscenter Gladsaxe

Reaktivt tilsyn, 2019

**De midlertidige pladser, Træningscenter Gladsaxe**  
**Kildebakkegårds Alle 165**  
**2860 Søborg**

CVR- eller P-nummer: 1003263992

Dato for tilsynsbesøget: Den 23. og 24. september 2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2011-2154 (tidligere 5-9011-6043/1)

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af høringsvar. Høringssvaret indeholder oplysninger fra behandlingsstedet omhandlende vikarforbrug, organisering, medicinhandling, implementering af instrukser og hygiejne. Styrelsen konstaterer på baggrund af høringssvaret, at behandlingsstedet arbejder fokuseret med at forbedre patientsikkerheden.

Vi konstaterer dog, at alle de uopfyldte målepunkter stadig ikke er bragt i orden. Vi har derfor den 15. januar 2020 givet behandlingsstedet påbud om inden for de i påbuddet anførte frister at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

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

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 23. september og 24. september 2019 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

Et varslet reaktivt tilsynsbesøg, hvor følgende blev gennemgået: Drøftelse og gennemgang af sundhedsfaglige instrukser, gennemgang af medicinhandling og medicinopbevaring for fire patienter, journalgennemgang på fire patienter, interview af ledere og personale samt observationer med henblik på at vurdere de sundhedsfaglige forhold på behandlingsstedet.

De midlertidige pladser Kildegården var kommunale midlertidige pladser/rehabiliteringspladser samt aflastningspladser. De midlertidige pladser Kildegården havde vakante stillinger, og der havde været personaleudskiftning i en længere periode og derved et stort forbrug af vikarer. Der blev under tilsynet benyttet faste timelønnede afløsere samt eksterne vikarer ved behov for dækning af vagter.

Styrelsen har lagt vægt på, at der var mangler i relation til instruks for ansvars-, kompetence- og opgavefordeling ved brug af vikarer. Det kan være problematisk med brug af vikarer i forbindelse med en akut opstået situation, når det ikke fremgår af instruks, hvad vikarer må udføre af sundhedsfaglige opgaver.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der generelt manglede en systematisk tilgang til den sundhedsfaglige dokumentation, og der var uopfyldte målepunkter om behandlingsstedets journalføring i form af manglende systematik, entydighed og overskuelighed.

Styrelsen for Patientsikkerhed har endvidere lagt vægt på, at den manglende sundhedsfaglige dokumentation var gennemgående i fire ud af fire stikprøver og relaterede sig til manglende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer, manglende beskrivelse af aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering samt manglende beskrivelser af patienternes retsstilling. Der foregik en systematisk vurdering af patienternes behov for behandling ved indskrivning på de de midlertidige pladser, men dette blev dog ikke journalført systematisk.

Det er styrelsens vurdering, at den mangelfulde journalføring samt manglende entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden. Dette med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på De midlertidige pladser Kildegården og den resterende del af Hjemmeplejen Gladsaxe Kommune. Derudover har det stor betydning med hensyn til kommunikation med eksterne samarbejdspartnere og ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på, at der fortsat pågik opbygning og udvikling af journalsystemet med henblik på at sikre overskuelighed og systematik i journalføringen fremadrettet. Det er samtidig styrelsens vurdering, at der i forbindelse med en akut opstået situation er risiko for patientsikkerheden, såfremt det ikke er muligt at kunne skaffe sig et hurtigt overblik over en patients aktuelle helbredssituation samt overblik over aktuel pleje og behandling.

Styrelsen har videre lagt vægt på, at der var enkelte fejl og mangler i relation til medicin håndtering, herunder uoverensstemmelse mellem dispenseret medicin og medicinliste. Tillige fulgte personalet ikke konsekvent instruks for medicin håndtering. Det er styrelsens vurdering, at de fundne fejl og mangler i medicin håndteringen rummer en risiko for, at patienterne ikke får korrekt medicin.

Det er styrelsens vurdering, at fejl og mangler i medicin håndteringen som udgangspunkt rummer en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer samlet, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

## Sammenfatning af fund

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter samt at de uopfyldte målepunkter fordelte sig over flere områder, herunder behandlingsstedets organisering, dokumentation, medicin håndtering, patienters retsstilling, hygiejne og øvrige fund, således at 11 målepunkter ud af 14 blev vurderet ikke opfyldt.

Behandlingsstedets organisering: Det var ikke tydeligt beskrevet i de sundhedsfaglige instrukser, hvilke kompetencer en vikar skulle have, eller hvilke opgaver vikarer kunne løse.

Journalføring: I fire ud af fire journaler var den sundhedsfaglige dokumentation mangelfuld og usystematisk, hvilket resulterede i manglende beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger,

manglende oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt manglende beskrivelse af den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

Patienters retsstilling: Ved to patienter var der ikke dokumenteret informeret samtykke til lægekontakt, og i fire stikprøver var der ikke beskrevet patienternes evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling.

Medicinhandling: Der var fund i to ud af fire medicinbeholdninger. Det omhandlede løse tabletter i beholdningen i en stikprøve. Tillige var aktuell medicin ikke adskilt fra ikke-aktuel medicin, og der var uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i dagsdosetterne. Under observation samt ved gennemgang af medicinbeholdningen var det tydeligt, at personalet ikke fulgte instruksen for medicinhandling.

Hygiejne: Under observation og gennemgang af patienternes medicinbeholdning blev der observeret voldsomme lugtgener, som ikke understøttede, at urent skal adskilles fra rent, jf. NIR.

Øvrige fund: Der var en *instruks for sundhedsfaglig dokumentation*, der beskrev ledelsens anvisning for, hvordan personalet skulle føre den sundhedsfaglige journal, denne var dog ikke implementeret, da personalet ikke fulgte denne.

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 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 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 kender instruksen for medicinhandling, og at personalet følger denne (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin (målepunkt 11)
- 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 medicin er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt (målepunkt 6)
- 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 der i de sygeplejefaglige optegnelser hos patienter med manglende samtykkekompetence, er anført, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke) (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 12)
- 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 fik den 7. august 2019 oversendt en klage fra Styrelsen for Patientklager vedrørende de sundhedsfaglige forhold på de midlertidige pladser på Kildegården i Gladsaxe Kommune.

Klagen beskrev et hændelsesforløb på en midlertidig plads i Gladsaxe i forbindelse med indlæggelser, udskrivelser og manglende behandling af en ældre patient i en periode i sommeren 2019.

Klagen omhandlede manglende pleje og behandling under indskrivning på de midlertidige pladser Kildegården. I klagen var ligeledes beskrevet, at der var manglende kompetencer på behandlingsstedet til at kunne varetage pleje og behandling af komplekse patienter. Af henvendelsen fremgik det, at den pårørende mente, at det var manglende ressourcer, som gjorde, at patienterne skulle passes af vikarer, som ikke havde kompetencerne.

På baggrund af klagen besluttede styrelsen at gennemføre et kombineret ældre- og sundhedsfagligt tilsyn for at afdække om patienterne fik den retmæssige pleje og behandling.

Det kombinerede tilsyn blev foretaget over to dage.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fokuserer i tilsynet på:

- faglige kompetencer samt opgavefordeling og sikring af dette med et stort forbrug af vikarer
- værdighed, god tone og adfærd samt pårørendesamarbejde
- forebyggelse af fald og urinvejsinfektion
- journalføring
- patienters retsstilling
- medicin håndtering
- overgange i forløb

Det reaktive tilsyn blev foretaget over to dage, da det blev udført som et kombineret sundhedslovs- og servicelovstilsyn, idet klagen omhandlede begge tilsynsområder.

Ved tilsynet den 23. og 24. september 2019 blev der anvendt målepunktsættet for ældretilsyn 2019 samt målepunktsættet for tilsyn med plejeområdet 2019. Alle målepunkter blev gennemgået.

### 3. Fund

[↑ Tilbage til vurdering](#)

#### Fund fra tilsynsbesøg d. 23. og 24. september 2019

##### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>		X		Der forelå beskrivelser af ansvars- og kompetenceforhold samt opgavefordeling for fast personale, dog var der ingen beskrivelse af vikarers ansvars-, kompetence- og opgavefordeling.

##### 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>I fire ud af fire stikprøver var dokumentationen ikke ført systematisk, overskueligt og stringent. Man skulle lede flere steder i journalen for at danne sig et overblik over patienten samt hvilken pleje og behandling, der var iværksat.</p> <p>Journalssystemet var fortsat under udvikling, og der var fortsat en del uafklaret i forhold til systematik og overskuelighed i den sundhedsfaglige dokumentation. Det var vanskeligt at orientere sig i og genfinde relevante oplysninger samt få et hurtigt overblik over en patients helbredssituation, aktuel pleje og behandling samt opfølgning herpå.</p> <p>Ved gennemgang af fire journaler kunne det konstateres, at der var udfordringer i, at personalet ikke fik relateret de forskellige dele i journalen såsom helbredstilstand, handleanvisninger og observationer, hvorved der opstod manglende overblik over opfølgning og</p>

					<p>evaluering af den givne pleje og behandling. Dette var gennemgående i alle fire journaler.</p> <p>Opfølgning og evaluering kunne dog i enkelte tilfælde findes i observationer, som fremstod som fortløbende journalnotater.</p>
3:	<p><u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u></p>		X		<p>Der var i fire ud af fire stikprøver ikke en fyldestgørende dokumentation af aktuelle og potentielle problemer inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder.</p> <p>Det drejede sig blandt andet om patienter med astma, tuberkulose, forstoppelse, sår- og cicatrice samt ernærings- og vægtproblemer, hvor problemstillingerne ikke var beskrevet.</p> <p>Personalet lavede ved indskrivning en vurdering af patienterne ud fra et arbejdsredskab, der var udviklet til de midlertidige pladser. Tillige kunne personalet mundtlig redegøre for patienternes aktuelle og potentielle problemområder, dog blev dette ikke journalført.</p>
4:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X		<p>Der var i fire ud af fire stikprøver en mangelfuld oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. Det drejede sig blandt andet om patienter, der led af søvnløshed, hvor dette ikke var beskrevet.</p> <p>Tillige manglede der beskrivelse af brud på venstre ben, som patient havde pådraget sig i september 2019 efter et fald. Yderligere var der ingen beskrivelser af hukommelse ved en patient som led af demens.</p> <p>I en stikprøver var der ikke udarbejdet en oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser. Der var kopieret en oversigt fra en genoptræningsplan, og derved var alle sygdomme og funktionsnedsættelser ikke kommet med og oversigten var ikke opdateret, da oplysningerne stammede fra hospitalet.</p> <p>Personalet kunne mundtligt redegøre for patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige</p>



					læger, dette blev bare ikke dokumenteret systematisk.
5:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I fire ud af fire stikprøver var den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering mangelfuld i forhold til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger.</p> <p>Der var blandt andet ikke fulgt op på vægtmåling ved patient med vægtproblematik, hvor der var skrevet, at patienten skulle vejes fast.</p> <p>I en stikprøve led patienten af psoriasis og var i behandling, men behandlingen, opfølgningen og evalueringen fremgik ikke af journalen</p> <p>Tillige manglede der beskrivelse af opfølgning og evaluering ved en patient med sår og cicatrice samt en patient med astma.</p> <p>I fire ud af fire journaler var beskrivelserne af den daglige pleje af patienterne særdeles mangelfuld.</p> <p>Personalet kunne mundtligt redegøre for pleje og behandling, dette blev bare ikke dokumenteret systematisk.</p>

## Delegation

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

## Faglige fokuspunkter

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7: <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			
8: <u>Gennemgang af og interview om instruks for</u>	X			

	<u>fravalg af livsforlængende behandling</u>				
--	--	--	--	--	--

## Medicinhåndtering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:		X		<p>Der forelå en instruks for medicinhåndtering. Personalet fulgte dog ikke instruks, idet de ikke kontrollerede, at medicinen var i overensstemmelse med ordinationen, tillige sikrede personalet ikke identifikation af patienterne og deres medicin ved administration. Dette blev observeret ved frokost situationen.</p> <p>Det fremgik ligeledes, at personalet ikke fulgte instruks, idet der var foretaget en opdatering af FMK men ikke foretaget en ny dispensering af patientens medicin.</p> <p>Instruksen for medicinhåndtering er ikke implementeret i personalegruppen, eftersom de flere gange ikke fulgte denne.</p>
10:		X		<p>I to ud af fire stikprøver var der uoverensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste. Det drejede sig blandt andet om tablet Pravastatin, hvor det på medicinlisten fremgik, at patienten skulle have 1 tablet til natten, men på label fremgik det, at patienten skulle have 2 tabletter. Det fremgik ikke af bemærkningsfelt eller i notat i journalen, at der var ændret i ordination.</p> <p>Der blev i to medicinbeholdninger fundet medicinpakker, hvor der var tilskrevet ny ordination på label på medicinpakker.</p>
11:		X		<p>I to ud af fire stikprøver var der uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i dagsdosetterne. En af grundene til dette var, at personalet i</p>

					<p>den ene stikprøve havde afstemt FMK, men ikke foretaget en ny dispensering.</p> <p>Der blev i en stikprøve fundet løse tabletter i beholdningen, det drejede sig om tablet Medanef.</p> <p>I en ud af fire stikprøver var ikke-aktuel medicin ikke adskilt fra aktuel medicin.</p>
--	--	--	--	--	---

## Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>Der var i fire ud af fire stikprøver ikke beskrevet patienternes habilitet eller om pårørende skulle give et stedfortrædende samtykke til behandling.</p> <p>I to ud af fire stikprøver fremgik det ikke, at der var indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakt til behandlingsansvarlige læge.</p> <p>Personalet kunne mundtligt redegøre for patienternes evne til at give et informeret samtykke til behandling, men det var ikke beskrevet i journalen.</p>

## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13:	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>		X		<p>Ved en gennemgang af medicinbeholdning på patientens stue blev der observeret lugtgener, som ikke understøttede, at urent skal adskilles fra rent, jf. NIR. Patientens vasketøjskurv, der var fyldt med urent tøj, stod lige inden for indgangsdøren ved det skab hvor medicindispensering foregik, hvilket medvirkede til, at der var lugtgener af blandt andet urin. Der kan ligeledes være risiko for bakterieoverførsel ved medicindispensering.</p>

## Øvrige

Målepunkt	Ingen fund	Fund og kommentarer
14:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	Der forelå en instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Instruks for sundhedsfaglig dokumentation var dog ikke implementeret, idet personalet ikke fulgte denne.

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- De midlertidige pladser, Kildegården var et kommunalt behandlingssted i Gladsaxe Kommune, der omfattede 61 midlertidige pladser og 6 plejeboligpladser
- De midlertidige pladser bestod af fire typer pladser:
  - Rehabiliteringspladser
  - Observationspladser
  - Midlertidige plejeboligpladser (ventepladser)
  - Aflastningspladser
- Patienterne på de midlertidige pladser var i gennemsnit 29,3 dage på behandlingsstedet
- Den daglige ledelse blev varetaget af Anne Kristensen, som også var leder af hjemmeplejen samt souschef Susanne Dyrmosé. Herudover var der 2 daglige ledere, som hver havde to teams under deres ledelse
- På behandlingsstedet var der tidligere udelukkende plejeboliger. Ved tilsynet var enkelte afdelinger under ombygning.
- Behandlingsstedet var opdelt i fire teams: A1, A2, B og C
- Patienterne beholdt deres egen læge under opholdet på behandlingsstedet
- På behandlingsstedet var der ansat 13 sygeplejersker, 60 social- og sundhedsassistenter, 8 ergoterapeuter, 6 fysioterapeuter, en diætist, en aktivitetsmedarbejder og to udviklingspsygeplejersker, hvoraf den ene også var it- konsulent
- Behandlingsstedet havde et internt afløserkorps med 8 fastansatte afløsere
- Alle patienter blev screenet ved ankomst til behandlingsstedet. Screening skulle afdække om patienterne skulle have et opfølgende hjemmebesøg fra egen læge.
- Behandlingsstedet samarbejdede med geriatrik team, som kom på afdelingerne hver tirsdag og gik stuegang.
- Der blev beskrevet et tæt samarbejde med kommunens visitatorer, demenskonsulenter, brobyggere (en form for pårørendekonsulenter, som byggede bro mellem patienter og personalet i hjemmeplejen og på de midlertidige pladser) og andre ressourcepersoner.

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse, der var fremsendt af Styrelsen for Patientklager.

På baggrund af klagen besluttede styrelsen, at gennemføre et kombineret ældre- og sundhedsfagligt tilsyn for at afdække om patienterne fik den retmæssige pleje og behandling.

Det kombinerede tilsyn blev foretaget over to dage.

Ved tilsynet blev følgende gennemgået:

- Der blev gennemgået fire patientjournaler samt medicinbeholdning for fire patienter
- Der blev interviewet fire patienter
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - leder Anne Kristensen
  - leder af afdeling A1 og A2, kvalitetskonsulent, udviklingssygeplejerske og souschef
- Der blev foretaget interview med otte medarbejdere
  - Sygeplejerske, fysioterapeut, social-og sundhedsassistenter, udviklingssygeplejerske, diætist og aktivitetsmedarbejder
- Der blev foretaget observation ved
  - deltagelse fire gange i frokosten på tre forskellige afdelinger
  - deltagelse i tværfagligt tavlemøde
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til:
  - leder Anne Kristensen
  - leder af afdeling A1 og A2, kvalitetskonsulent, udviklingssygeplejerske og souschef, sygeplejerske, fysioterapeut, social-og sundhedsassistenter, udviklingssygeplejerske, diætist og aktivitetsmedarbejder
- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerske Sarah Madsen og tilsynskonsulent Susie Poulsen

## 5. 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, frasat 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 aktuell 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 helbreds-mæssige 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 helbreds-mæssige 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

<p><b>6: Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</b></p> <p>Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.</p> <p>Der er fokus på om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe</li><li>• rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.</li></ul> <p>Referencer:</p> <p><a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 af 11. december 2009</a></p> <p><a href="#">Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009</a></p>
---

↑ [Tilbage til oversigt](#)

## Faglige fokuspunkter

<p><b>7: Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</b></p> <p>Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.</p> <p>Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.</p> <p>Referencer:</p> <p><a href="#">Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</a></p>
--

↑ [Tilbage til oversigt](#)

<p><b>8: Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</b></p> <p>Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.</p> <p>Der er fokus på at der af instruksen fremgår:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li></ul>
---

- 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 instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

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

[Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse, VEJ 9375 af 29. maj 2018](#)

[Lov om ændring af sundhedsloven vedr. livsforlængende behandling og behandlingstestamenteordning, LOV 254 af 6. april 2018](#)

↑ **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 håndtering 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 håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

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

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

↑**Tilbage til oversigt**

### **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 medicin håndtering**

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicin håndtering 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 medicin håndtering- 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/væрге, 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, værger 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, LBK nr. 1286 af 2. november 2018 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

[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:

[Autorisationsloven, LBK nr. 1141 af 13. september 2018, kapitel 5, § 17. Omhu og samvittighedsfuldhed](#)

[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](#)

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

## Øvrige fund

### 14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1286 af 2. november 2018](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private 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 tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

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

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

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

## Patientsikkerhed

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

---

<sup>1</sup> Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

<sup>3</sup> 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 journaloplysninger<sup>4</sup>.

## 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 behandlingsstedet<sup>5</sup>. 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 journaloplysninger<sup>6</sup>.

## 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.

---

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

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

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

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.<sup>7</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk<sup>8</sup>.

## 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.<sup>9</sup>

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg<sup>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

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

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

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1