



Tilsynsrapport

Hjemmesygeplejen Odsherred Kommune

Reaktivt tilsyn, 2018

Hjemmesygeplejen Odsherred Kommune
Nyvej 22

4573 Højby

CVR- eller P-nummer: 29188459

Dato for tilsynet: 25-04-2018

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9011-1936/2

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har den 13. november 2018 modtaget høringssvar fra Hjemmesygeplejen Odsherred Kommune, hvori der er redegjort for tiltag og status i forhold til fund ved styrelsens tilsyn.

I høringssvaret fremgår det blandt andet, at opgaven med INR måling er overgået til egen læge, og at vikarer har fået elektronisk adgang til journalføringssystemet.

Det fremgår desuden, at Hjemmesygeplejen Odsherred Kommune har etableret en procedure for indhentelse af indledende, relevante oplysninger til journalen på nye borgere, og har udarbejdet en plan for fortløbende ajourføring af eksisterende journaler. Det er endvidere oplyst, at der fremadrettet vil blive afholdt audits på journalføringen til sikring af kvaliteten. Ligeledes er der redegjort for indfasning af journalføringssystemet.

Det fremgår endvidere, at der er udarbejdet en række instrukser, og at de opdateres systematisk. Instrukserne er tilgængelige for personalet på tablets, som informeres og undervises i instrukserne.

Styrelsen for Patientsikkerhed konstaterer ud fra det modtagne materiale, at flere målepunkter stadig ikke er bragt i orden. Styrelsen for Patientsikkerhed har derfor ved afgørelse af 27. november 2018 givet behandlingsstedet påbud om, at behandlingsstedet inden for den i påbuddet fastsatte frist skal opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe målepunkterne 1, 2, 4b, 6, 7, 8, 14a og 14b i orden.

Påbud offentliggøres separat på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside og på sundhed.dk. Er påbuddet ikke længere offentliggjort, har Styrelsen for Patientsikkerhed efterfølgende konstateret, at påbuddet er blevet efterlevet.

Vurdering

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 25. april 2018 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på observationer, interview og journalgennemgang ved reaktivt tilsyn den 25. april 2018. Ved besøget blev der taget udgangspunkt i målepunkter for hjemmesygeplejen fra 2018.

- Gennemgang af 3 journaler med henblik på at vurdere journalføringen.
- Gennemgang af alle relevante instrukser
- Interview af ledelse og personale

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på at der var flere problemer på behandlingsstedet.

Der var store mangler i journalføring, hvoraf mange var i forhold til indholdet i journalføringen. Manglerne i den set journalføring vurderes at have et større omfang og kræve opdatering af den sundhedsfaglige dokumentation i patienternes journaler.

Derudover var der mangler der kunne henføres til personalets anvendelse af omsorgssystemet Cura, her skal fremhæves, at journalnotaterne kunne overskrives og at der ikke var initialer på alle notater, og at der ikke var systematik og overskuelighed. Manglerne i forhold til Cura vurderes at skulle løses overordnet via Odsherred Kommune.

Mangelfuld journalføring, samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ved vurderingen lagt vægt på at den manglende sundhedsfaglige dokumentation var gennemgående i alle tre stikprøver, og vurderer på grundlag af dette at personalet ikke følger instruks for sundhedsfaglig dokumentation.

Desuden var der mangler i forhold til skriftlige instrukser for personalet. Der var ikke en instruks omhandlende aftaler med behandlingsansvarlige læger og tidlig opsporing af sygdom. Instruks vedrørende kompetencer og opgavevaretagelse var ikke fyldestgørende. Instruks vedrørende medicin var ikke revideret i henhold til behandlingsstedet egen angivelse af revisionstidspunkt. Instruks vedrørende journalføring blev ikke fulgt, og var ikke revideret i forhold til behandlingsstedet egen angivelse af revisionstidspunkt.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at mangel på retningsgivende instrukser og vejledning rummer en risiko for patientsikkerheden, idet personalet derved har en ringere mulighed for at etablere en ensartet sikker arbejdsgang der opfylder gældende lovgivning.

Patientrettighederne var ikke opfyldt i forhold til informeret samtykke og samtykke/handleevne.

Styrelsen vurderer, at informeret samtykke og vurdering af samtykke handleevne er en forudsætning for patientsikker pleje og behandling.

Begrundelse for tilsynet

- Anledning til tilsynet var, at Styrelsen for Patientsikkerhed den 17. januar 2018 modtog en bekymringshenvendelse vedrørende forhold i hjemmesygeplejen i Odsherred Kommune. Af henvendelsen fremgik, at der ved skift af omsorgssystem den 4. december 2017 og i tiden efter var problemer som medicinoplysninger, der ikke var korrekte i forhold til lægeordination, samt at

kørelister ikke var korrekte. Desuden var den eksterne kommunikation med læge og hospital ikke sikker. Efterfølgende har styrelsen modtaget redegørelse og status på problematikken.

- Af redegørelsen fra konstitueret centerchef Erik Pedersen fremgår det:

Medicinhåndtering

Cura blev opgraderet d. 8. marts 2018. Udfordringerne relateret til medicindosering er tilrettet i den nye version. I forbindelse med medicinering på delegation, er arbejds gange tilrettet således at social- og sundhedshjælpere nu har adgang til det lokale medicinkort.

Kommunikation med læge/hospital

Ingen fejl i kommunikation med eksterne læger/hospitaler har fundet sted efter systemets opgradering 8. marts 2018. Der er, siden overgangen til det nye system 7. december 2017, registreret 5 hændelser – senest d. 21. februar 2018. Alle 5 tilfælde blev håndteret således, at det ingen konsekvenser fik for borgeren og dennes medicinering.

Udfordringer med kørelister

Planlægningsmodulet er tilrettet i forbindelse med opgraderingen i forhold til de kendte fejl og mangler.

Handleplan

Følgende punkter i handleplanen er udført:

Alle afdelinger har set relevante e-læringsvideoer.

Der har været floorwalkers ude fra Systematic i alle de afdelinger, hvor der har været behov.

Der har været afholdt 2 halv-dages kurser i Cura-Plan. Alle afdelinger, der anvender Cura-Plan har deltaget.

Der har været afholdt undervisning i Fælles Sprog III og Cura i forhold til dokumentationskravene i Service- og Sundhedsloven.

Der er oprettet en Cura-postkasse.

Sygeplejen har modtaget særlig undervisning i systemet af systemadministratorer.

Redegørelse for status vedrørende skift af omsorgssystem 2/2

Arbejdet med løbende kvalitetssikring af systemet sikres i regi af superbrugergruppe og styregruppe.

Følgende punkter i handlingsplanen udestår:

Den endelige evaluering er ikke igangsat.

Udfordringerne i fagcenteret har ændret karakter fra at være tekniske vanskeligheder til at relatere sig til arbejds gange. Handleplaner vil blive udarbejdet for de udfordringer der er identificeret:

Overført data skal ajourføres. Dette forventes afsluttet er 4. juni 2018.

Fælles Sprog III er under indfasning og vil fortsat udvikles og tilpasses Odsherred Kommunes arbejds gange.

En lang række fejl er korrigeret. Fejl og ændringer i systemet er tilrettet i den nye version og nye opdateringer vil finde sted hver 6. uge. Der arbejdes på at etablere en tværkommunal ERFA-gruppe, så en sparring kan finde sted.

Styrelsen besluttede, at foretage et reaktivt tilsyn med henblik på at vurdere patientsikkerheden fremadrettet. Ved besøget blev der taget udgangspunkt i målepunkter for hjemmesygeplejen fra 2018. Tilsynet blev varslet 14 dage før.

Fund

Med hensyn til de forhold der specifikt er nævnt i bekymringshenvendelsen er der kommet styr på kørelisterne, kommunikationen med hospitaler og læger, samt opdatering af den lokale medicinliste fra FMK.

Der var mangler vedrørende beskrivelse af oplæring og kompetencer i forhold til komplekse sygeplejeopgaver som f. eks tidlig opsporing med blodprøvetagning, og dialyse behandling. Der manglede instruks vedrørende aftaler med de behandlingsansvarlige læger. Der manglede en instruks vedrørende tidlig opsporing af sygdom, herunder hvilke undersøgelser personalet måtte udføre og hvornår læge skulle kontaktes. Der var instruks vedrørende personalets opgavevaretagelse, men det blev klart ved tilsynet, at personalet varetog flere komplekse sygeplejehandlinger, der ikke fremgik af introduktionsprogrammet og af beskrivelse af opgavedelingen i øvrigt.

Indholdet af journalføringen var meget mangelfuld, der manglede en beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer, der manglede oversigt over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser samt hvilke aftaler der er med behandlingsansvarlige læger. Desuden manglede der aktuell beskrivelse af pleje og behandling og evaluering. Informeret samtykke manglede og ligeledes fremgik det ikke, om der taget stilling til patienters samtykkekompetence og handleevne. Fundene var gennemgående i alle 3 stikprøver.

Derudover var der mangler der kunne henføres til personalets anvendelse af omsorgssystemet Cura Columna. Disse var at journalnotaterne kunne overskrives, der manglede historik og overblik, og det var ikke muligt at udskrive medicinlister. Personalet oplyste i øvrigt at ved opgradering af systemet som foregår ca. hver 3. måned, forsvandt nogle af notaterne, eksempelvis administration af pn-dispensering.

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:

- Ledelsen kan redegøre for personalets kompetence samt ansvars- og opgavefordeling, herunder beskrivelse af regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver (målepunkt 1).
- Notaterne skal indeholde noteringsdato, patientens navn og personnummer samt hvem der har udarbejdet notatet (målepunkt 2).
- Personalet kender og følger instruks for fravalg af livsforlængende behandling (målepunkt 4b)
- At ledelse og personale kan redegøre for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger og sikrer, at der foreligger aftaler om kontrol og behandling af kroniske sygdomme (målepunkt 5).
- At der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 6).
- At den sundhedsfaglige dokumentation som minimum skal indeholde beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand (målepunkt 7).
- at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig og systematisk og føres i én journal (målepunkt 7)

- At den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8).
- At det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten er i stand til at give et habilt samtykke til pleje og behandling, eller om disse interesser varetages helt eller delvist af pårørende/værge (målepunkt 14a)
- At informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation, ligesom patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen (målepunkt 14b)

2. Fund

Ved tilsynet blev udvalgte målepunkter for målepunktsættet for 2018 gennemgået. Målepunkterne for Medicinhåndtering blev ikke gennemgået.

Behandlingsstedets organisering

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|--|
| 1: | <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u> | | X | | Ledelsen fortalte at der var mange komplekse plejeopgaver og at personalet var oplært og instrueret i dette, samt at introduktionsprogrammet indeholdt funktionerne. Ved gennemgang af introduktionsprogram manglede f. eks. oplæring/intro i tidlig opsporing, opgaver i forhold til patienter i blodfortyndende behandling. Ved interview fremgik det at 2 sygeplejersker var særligt oplært og varetog blodprøvetagning ved blodfortyndende behandling, der var ingen beskrivelse af dette. Vikarers opgavevaretagelse var ikke beskrevet i vejledningen. |
| 2: | <u>Journalgennemgang vedrørende formelle krav til journalføring</u> | | X | | Der var ingen synlig historik i journalen. Der var ingen initialer på journalnotaterne. Journalnotater kunne overskrives, medicinlister kunne ikke udskrives. Notater forsvandt ved opgradering. Vikarer havde ikke adgang til journalsystemet. |

Faglige fokuspunkter

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|----------------------|
| 3: | <u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme</u> | | | X | Blev ikke gennemgået |

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 4a: | <u>Gennemgang af instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Instruks opfylder krav</u> | | | X | Blev ikke gennemgået |
| 4b: | <u>Interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling. Personalet kender og følger instruksen</u> | | X | | I en journal fremgik at patienten ikke skulle genoplives. Det fremgik ikke hvilken læge der havde ordineret dette. Personalet oplyste, at det fremgik af en seddel ved patientens seng og denne seddel var dateret 1994 |
| 5: | <u>Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge</u> | X | | | |
| 6: | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med behandlingsansvarlig læge</u> | | X | | I alle tre stikprøver var der mangler i oversigten over patientens sygdomme. Der forelå ikke samlede oversigter over patienternes sygdomme og handicaps, ej heller beskrivelser af aftaler med de behandlingsansvarlige læger. Eksempelvis fremgik det ikke hvilke aftaler der var omkring Diabetesbehandling, sår og dialyse og hvem der havde behandlingsansvaret Personalet havde kigge-adgang til det gamle omsorgssystem VITAE, her var der ej heller oversigter over patienternes sygdomme og handicaps. |
| 7: | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u> | | X | | Der var mangler i alle tre stikprøver. Der var beskrivelse af observationer som det ikke var klart om der var handlet eller skulle handles på. Der var ikke overensstemmelse mellem de beskrevne aktuelle og potentielle problemer og den aktuelle pleje og behandling. Eksempelvis var der ikke oplysninger om at en patient havde sår, var svært overvægtig, havde betydelige kroniske smerter, og var i dialyse. |
| 8: | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u> | | X | | I alle tre stikprøver var det yderst sparsomme observationer, handlinger og evalueringer, og der manglede helt opfølgning og evaluering i flere tilfælde. |

Patientens retsstilling

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--|---------|--------------|--------------|--|
| 14a | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: samtykkekompetence/handleevne</u> | | X | | I tre ud af tre journaler fremgik det ikke, at patienternes samtykkekompetence og handleevne var vurderet. |
| 14b | <u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling: informeret samtykke</u> | | X | | I tre ud af tre journaler var der ikke dokumenteret samtykke ved f eks henvendelse til læge. |

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--|---------|--------------|--------------|--|
| | <u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u> | | X | | Ved interview fremgik det at notater var forsvundet fra journalsystemet ved opgradering. Ligeledes oplevede personalet at det var meget vanskeligt at danne sig det fornødne overblik over patienterne og at have tillid til at til systemet. Det var fortsat muligt at overskrive notater, det vil sige at der er mulighed for at rette/fjerne hvad andre har skrevet. |

Oplysninger om behandlingsstedet

- Odsherred hjemmesygepleje er ledet af teamleder Susanne Andersen.
- Hjemmesygeplejen Odsherred er samlet på en matrikel i Højby. Der er 50 sygeplejersker ansat.
- Der er sygeplejeklinikker i Vig, Nykøbing og Hørve.
- Fremmøde profil i dagvagt er 19 sygeplejersker, dette er inklusiv betjening af klinikker. I aftenvagt er der 3 i fremmøde og i nattevagt er der 1 sygeplejerske i fremmøde.
- Sygeplejerskerne er selvvisiterende og har et tæt samarbejde med de 4 hjemmeplejeteams.
- Hjemmesygeplejen har 1200 patienter tilknyttet der får leveret SUL-ydelser.

Om tilsynet

- Ledelse og kvalitetsmedarbejder samt, superbruger og klinisk personale blev interviewet
- Tre journaler blev gennemgået sammen med 2 sygeplejersker ansat i plejen
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til: Teamleder Susanne Andersen, superbruger i Cura og risikomanager
- Tilsynet blev foretaget af: Sarah Leth Madsen, oversygeplejerske og Kate Dagmar Jensen oversygeplejerske

3. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

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

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig 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 vedrørende formelle krav til journalføring

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

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, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige at orientere sig i, herunder

om autoriserede sundhedspersoner kan forstå udrednings- og behandlingsforløbet samt diagnoser, såfremt de foreligger

- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvad der evt. foreligger på papir
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

Faglige fokuspunkter

3. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme. Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at forholde sig i forbindelse med pludselig opstået sygdom/ulykke og smitsomme sygdomme hos patienter.

Referencer:

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

↑[Tilbage til oversigt](#)

4. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

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

4a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvem der i den konkrete sammenhæng anses for at være den

behandlingsansvarlige læge

- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvorhenne den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

•

4b. Personalet er interviewet, om de kender og følger 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 nr. 9025 af 17. januar 2014](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

5. Interview vedrørende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale med henblik på at vurdere deres samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af kroniske sygdomme.

Referencer:

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser og 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 patienter med diabetes

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse af aftaler om kontrol af:

- blodsukkermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder, hvor hjemmesygeplejen er involveret:

- aftaler om opfølgning på den antipsykotiske behandling, og herunder hvem der er den behandlingsansvarlige læge
- aftaler om behandling af og opfølgning på misbrugsbehandling og samtidig behandling af somatisk sygdom, som fx diabetes og hjertekarsygdomme.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

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

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

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

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i relevant omfang:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (*Activites 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.

Herunder særligt ved patienter med diabetes

- beskrivelse af symptomer på hypo- og hyperglykæmi
- beskrivelse af regulering af diabetes, herunder tegn på begyndende/eksisterende senkomplikationer
- beskrivelse af behov for mund- og tandpleje samt eventuelt behov for kontakt til omsorgstandpleje/tandlæge.

Herunder særligt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- beskrivelse af ændringer i symptombillede og sindstilstand, der kræver kontakt til den behandlingsansvarlige læge

- beskrivelse af ændringer i vejrtrækningsmønstre, øget træthed som følge af bivirkninger til den antipsykotiske behandling, og herunder risiko for at udvikle fx hjertekar sygdomme og diabetes
- beskrivelse af ændringer i bevidsthedsniveau og misbrugsmønstre.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

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

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

8: 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 helbredsmæssige problemer og sygdomme.

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

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

Herunder specifikt ved patienter med diabetes

- Der er taget kontakt til den behandlingsansvarlige læge efter patientens samtykke ved mistanke om begyndende udvikling af hypo- og hyperglykæmi og diabetiske senkomplikationer.
- Det bør fremgå, hvad det acceptable behandlingsniveau er for den specifikke patient, ordineret af den behandlingsansvarlige læge

- Det bør fremgå, hvilke forebyggende indsatser der er planlagt og udført i forhold til senkomplikationer, samt hvad der er planlagt og udført i forhold til opfølgningen herpå.
- det bør fremgå, at der er taget stilling til og informeret om relevante rehabiliterings-/sundhedstilbud for diabetes patienten.
- Det bør fremgå, at information om kommunale rehabiliterings-/sundhedstilbud, sker ved sygdomsdebut og løbende, med henblik på at igangsætte tilbud, når patienten er motiveret.

Herunder specifikt ved patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom

- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i patientens bevidsthedsniveau, eller ændringer i et misbrugsmønster.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved ændringer i fx kardielle symptomer eller symptomer på diabetes.
- Sundhedspersonalet har taget kontakt til en læge ved observation eller mistanke om ændring af sindstilstand.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

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

[Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014](#)

[Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr 10375 af 28. december 2016](#)

[Sundhedsstyrelsen - National Klinisk Retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, 2015](#)

[Sundhedsstyrelsen 2017 - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for rammedelegation

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt

virksomhedsområde med ledelsen og interviewer personalet, om de kender og følger instruksen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed.

9a. Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:

- at omfang, og håndtering af rammedelegation er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.
-

9b. Personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkt.

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**

10. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhandling med ledelsen og interviewer personalet om 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.

10a. Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå, hvordan:

- - personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
 - personalegruppernes kompetence er i forhold til medicinhandling
 - proceduren for dokumentation er af medicinordinationer
 - personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
 - medicin dispenseres

- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres korrekt efter ordination bl.a. intravenøs indgift af antibiotika, kemoterapi etc.
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin
- 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

10b. personalet er interviewet, om de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

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](#)

↑Tilbage til oversigt

11: 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 den aktuelt ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen.
- 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, fremgår enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn.-medicin.
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation.

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](#)

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende medicin håndtering og medicinopbevaring

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder kravene for dokumentation af medicin håndtering og medicinopbevaring.

Administration af medicin skal ske på grundlag af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og -år eller ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vurderes det, at der ved medicin håndtering er opfyldt følgende:

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne.
- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.
- 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 skal være mærket med patientens navn og personnummer.

- Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
- Hver enkelt patients medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige patients medicin.
- Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin.
- Holdbarhedsdatoen – på patienternes medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling – må ikke være overskredet.
- Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår.

Referencer:

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

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

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

13: Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf

Tilsynsførende interviewer personalet med henblik på at vurdere, at der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling, med mindre den ordinerende læge har vurderet at dette ikke er nødvendigt.

Ligeledes vurderes det ved interview, om personalet har de fornødne kompetencer til vurdering af behov for indgift af adrenalin.

Referencer:

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

[Ophævelse af vejledning til hjemmesygeplejeordninger om behandling af akut allergisk shock med injektion af adrenalin, Sundhedsstyrelsen, 2017](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Patienters retsstilling

14: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med fokus på:

- **14a. samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling.
Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå.
- **14b. informeret samtykke:** Det skal derefter 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.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1188 af 24. september 2016 \(Kapitel 5: Patienters medinddragelse i beslutninger\)](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.\), BEK nr. 1090 af 28. juli 2016](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 665 af 14. september 1998](#)

[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

15: Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/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 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. 990 af 18. august 2017, 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

16: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(§ 213 og § 215 b\) LBK nr. 1188 af 24. september 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn¹. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder² dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden³, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Udover de planlagte, tematiserede tilsyn vil styrelsen som hidtil have et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol i form af fx tilsynsbesøg eller anden undersøgelse, 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, ligsynssager, klagesager eller medieomtale.

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.

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

² Se sundhedsloven § 213, stk. 2

³ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsynsbesøg 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. Efter tilsynet får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering. Der laves derefter en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet på samme måde, som det sker ved de planlagte tilsyn. Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for de to slags tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b.

Tilsynet

Et reaktivt tilsyn kan både være varslet og uvarslet. Uvarslede tilsyn 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 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 behandlingsstedet⁴. 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 journaloplysninger⁵.

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, som er tilsendt, 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.

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.⁶

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) og på sundhed.dk⁷.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

⁴ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁵ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁶ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

⁷ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

0. Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
1. Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
2. Større problemer af betydning for patientsikkerheden
3. Kritiske forhold 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.⁸

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 tilsynsbesøg⁹, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

⁸ Se sundhedsloven § 215 b

⁹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1