



Attendo Lærkevej
Lærkevej 11
3600 Frederikssund

Dato: 28-07-2023
Sagsnr.: 35-2011-13057
Reference: Tilsyn og
Rådgivning Øst
T: +45 7222 7450
E: trost@stps.dk

Att.: Ledelsen

I modtager den endelige tilsynsrapport

Styrelsen for Patientsikkerhed sender jer hermed den endelige tilsynsrapport fra vores besøg den 06-06-2023.

Vi konstaterede ved tilsynsbesøget den 06-06-2023, at der fortsat var mangler de sundhedsfaglige vurderinger, den sundhedsfaglige dokumentation og medicinhåndteringen, hvorfor vi samlet set vurderede, at jeres behandlingssted ikke havde efterlevet påbuddet.

Vi har den 22-06-2023 sendt jer en høringsversion af tilsynsrapporten. I har den 04-07-2023 afgivet høringssvar, som vi har inddraget i vores afgørelse, hvor vi har fundet det relevant.

Vi finder på denne baggrund ikke grundlag for at ophæve påbuddet. Vi vil derfor foretage et opfølgende tilsyn for at undersøge, om jeres behandlingssted har efterlevet påbuddet. Vi vil varsle det nye tilsynsbesøg i et særskilt brev.

I skal nu

- Offentliggøre rapporten på jeres hjemmeside, hvis I har en sådan (eventuelt med et link til rapporten på vores hjemmeside)
- Gøre rapporten umiddelbart tilgængelig på jeres behandlingssted
- Sørge for, at rapporten er tilgængelig i tre år¹

Venlig hilsen

Lone Lind Pedersen
Sektionsleder

¹ Disse krav til jer fremgår af BEK nr. 587 af 24/05/2023 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. (RBT-bekendtgørelsen), § 27

**Styrelsen for
Patientsikkerhed
Øst**

Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf: +45 7222 7450
Email: trost@stps.dk

www.stps.dk



Tilsynsrapport Attendo Lærkevej

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet 2023

Attendo Lærkevej
Lærkevej 11
3600 Frederikssund

CVR- nummer: 19564479 **P-**nummer: 1016315067 **SOR-ID:** 1268581000016008

Dato for tilsynsbesøget: 06-06-2023

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-13057

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget bemærkninger til rapportens faktuelle indhold samt til beskrivelserne i henholdsvis målepunkt 5 og 9.

Bemærkningerne til de faktuelle forhold er indskrevet i tilsynsrapporten og beskrivelserne i målepunkterne 5 og 9 er revideret i det omfang, vi har fundet det relevant, men det ændrer ikke vores vurdering.

Vi afslutter hermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **06-06-2023** vurderet, at der på **Attendo Lærkevej** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Siden tilsynet d. 16. marts havde ledelse og medarbejdere arbejdet målrettet på at rette op på de sundhedsfaglige forhold på Attendo Lærkevej.

Behandlingsstedets organisering

Attendo Lærkevej havde fortsat problemer med at rekruttere faglærte medarbejdere, primært social- og sundhedsassistenter. På tilsynsdagen var der i alt fire sygeplejersker ansat og der var flere, som skulle til samtale. En større del af vagterne blev dækket med vikarer, herunder ufaglærte vikarer. Der var truffet aftaler med et nyt vikarbureau ang. længerevarende faste sundhedsfaglige vikarer, idet det hidtidigt anvendte ikke havde været i stand til at levere tilstrækkelig kvalificeret arbejdskraft. Ved tilsynet konstaterede vi, at overleveringer mellem vagtlag, organisering af arbejdet og den fornødne dokumentation nu var tilrettelagt under hensyn til, at en stor del vagterne skulle varetages af vikarer herunder ufaglærte. På grund af det tætte samarbejde mellem Attendo Lærkevej og den kommunale sygepleje i Frederikssund Kommune var det blevet besluttet, at Attendo Lærkevej fremover benytter sig af de samme faglige standarder og kompetenceprofiler som resten af Frederikssund Kommune og lederne vil blive undervist af Frederikssund Kommune i fagprofilerne og brugen af dem i den daglige praksis. De faglige standarder i form af instrukser og arbejdsgange ligger på kommunens intranet, som alle ansatte og vikarer nu har adgang til.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Siden tilsynet d. 16. marts er der påbegyndt undervisning i sundhedsfaglig dokumentation ved et eksternt konsulentfirma med henblik på en fælles forståelse for dokumentationspraksis, ligesom en konsulent fra Frederikssund Kommune har undervist autoriserede sundhedspersoner og ledelsen i brugen af CURA i slutningen af maj måned. Tre autoriserede sundhedspersoner har påbegyndt struktureret journalgennemgang, men det blev oplyst ved tilsynet, at arbejdet endnu ikke var fuldført.

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at patienternes problemområder kun delvist var vurderet og beskrevet fyldestgørende. Der manglede i flere af de oprettede aktuelle problemområder en beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Manglerne i journalføringen betød, at personalet i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, hvilke overvejelser der var gjort, hvilken pleje og behandling der var planlagt, og hvilken pleje og behandling der var udført samt resultatet heraf.

Det er vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

Vi konstaterede mangler i oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser og dokumentationen for aftaler med behandlingsansvarlige læger.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der ikke var fulgt op på akutte situationer/ændringer i patienternes tilstand, hvilket udgør en risiko for patientsikkerheden. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke foretages de ordinerede målinger hos patienter med diabetes, og der ikke gives den nødvendige insulin ved afvigende blodsukre.

Journalføringen var usystematisk, idet observationer og målinger blev angivet forskellige steder i journalen. Der var ikke angivet henvisninger til steder i journalen, hvor relevante oplysninger kunne findes.

Medicinhåndtering

Siden tilsynet d. 16. marts 2023 var der iværksat undervisning i medicinhåndtering for alle medarbejdere ved et eksternt konsulentbureau. Det blev oplyst ved tilsynet, at alle medarbejdere endnu ikke havde gennemført undervisningen.

I samarbejde med konsulentbureauet er der endvidere udarbejdet et skema til egenkontrol af medicinhåndteringen, skemaet var tilsynsdagen under afprøvning. Egenkontrol skal foretages af såvel sygeplejersker som social- og sundhedsassistenter efter en nærmere fastlagt plan. Alle patienters medicin er blevet gennemgået og der er anskaffet relevant emballage således at medicinen kan opbevares sikkert og ophældt medicin opbevares ikke sammen med patientens øvrige medicin.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen vedrørende dokumentation vedrørende administration af ikke dispenserbar medicin, ikke korrekte handelsnavne samt upræcise ordinationer i relation til medicin til brug efter behov er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at en manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal instruksen forebygge tvivlsituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Patienters retsstilling

Patienternes handleevne og samtykkekompetence var nu beskrevet, men der var ikke en praksis for at det informerede samtykke til iværksættelse af ny/ændret behandling blev dokumenteret i de situationer, hvor ansvaret for at indhente dette på lægens vegne lå hos Attendo Lærkevej.

Det er vores vurdering, at det er en tilsidesættelse af patientens retssikkerhed, når det informerede samtykke i forbindelse med konkrete ændringer i pleje og behandling ikke bliver indhentet på behørig vis.

Konklusion

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de fortsat fordelte sig inden for flere områder. Vi anerkender de indsatser, der pågår og som fremadrettet er planlagt med henblik på at sikre patientsikkerheden på Attendo Lærkevej.

Vi har lagt vægt på at behandlingsstedets fortsatte udfordringer med bemanning, men noterer os også, at der er foretaget en række organisatoriske ændringer vedrørende organiseringen af arbejdet, i relation til den sundhedsfaglige dokumentation samt medicin håndteringen.

Det er dog fortsat vores vurdering, at de påviste mangler i dokumentationen og medicin håndteringen var gennemgående og havde et omfang med konkret risiko for patientsikkerheden, og derfor vil kræve en større indsats og ledelsens fortsatte bevågenhed for, at målepunkterne kan blive opfyldt.

Styrelsen vurderer derfor, at der er tale om større problemer for patientsikkerheden.

2. Krav

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

Målepunkt		Krav
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> 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 Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> 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
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicin håndtering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

11.	Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der dokumenteres, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dosebar medicin, og hvornår
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			

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 alle stikprøver så vi en uens praksis og systematik for, hvordan patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt opfølgning på patienternes problemer blev journalført.</p> <p>Ved gennemgangen af en journal, hvor patienten havde ustabil diabetes var der en usikker praksis vedr. registreringen af blodsuktermålingerne, idet der forekom skemaer med mulighed for dels fortløbende registrering dels enkeltstående registreringer, hvilket gjorde det vanskeligt at have overblik over det samlede forløb.</p>
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Det var gennemgående, at vurderingerne og beskrivelserne af patienternes aktuelle problemer og risici i større eller mindre grad var ikke var vurderet eller mangelfuldt beskrevet.</p> <p>Eksempelvis var flg ikke vurderet og beskrevet – og der kunne ved tilsynet ikke redegøres nærmere herfor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hud og slimhinder - ved tilbagevendende hudproblemer og behandling med blodfortyndende medicin. • Respiration og cirkulation hos patient med KOL og dyspnø, blødningstendens ved

					<p>behandling blodfortyndende medicin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smertes og sanser hos patient i smertestillende behandling efter behov • Søvn og hvile hos patienter med varierende søvnmønster pga. psykisk sygdom og alzheimers sygdom • Viden og udvikling hos patient med Alzheimers sygdom • Udskillelser hos patienter med varierende afføringsmønster eks. pga. kræftsygdom. • Ernæring - individuelle oplysninger vedr kost hos patient med diabetes • Mobilitet og bevægelse hos patient der var faldtruet og i samtidig behandling med blodfortyndende medicin • Funktionsniveau hos patient med med nedsatte ADL funktioner og behov for daglig støtte
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>I to ud af tre journaler var oversigten over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ikke fyldestgørende i forhold til de sygdomme patienterne modtog behandling for.</p>
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I alle tre stikprøver var der en mangelfuld beskrivelse af patienternes plan for pleje og behandling.</p> <p>Hos en patient med ustabil diabetes var der ikke en tydelig beskrivelse af de individuelle relevante handlinger ved lavt blodsukker, ligesom det ikke fremgik, hvornår der skulle foretages kontrolmåling af blodsukker efter indgift af hurtigtvirkende insulin ved højt blodsukker.</p> <p>Hos en patient med alzheimers sygdom og tendens til stemningssvingninger herunder et ustabil søvnmønster forelå der ingen plan for, hvordan patientens problemer kunne blive afhjulpnet.</p>

					<p>Hos en patient, der var i behandling med et lægemiddel, hvor der skal udvises forsigtighed ved somatisk sygdom med feber, var der ingen beskrivelse eller planer herfor.</p> <p>Hos en patient med døgnrytmeproblemer og behov for støtte hertil fremgik det ikke, hvad støtte gik ud på.</p> <p>I alle tre stikprøver var der en mangelfuld opfølgning og evaluering på patienternes problemer.</p> <p>Hos en patient med diabetes hvor der en gang om måneden skulle sendes blodsukkerprofiler til den behandlingsansvarlige læge var den rapport ikke fremsendt på tilsynsdagen på trods af at dette skulle have være foregået.</p> <p>Hos en patient med gangbesvær, hvor der tidligere havde været tilsyn ved en bandagist mhp nyt fodtøj, var det ikke muligt at identificere, hvornår opfølgningen skulle foregå.</p> <p>Hos en patient, som pga vægttab skulles vejes hver måned, var dette ikke foregået i måneden forud for tilsynet.</p> <p>Hos en patient, hvor et lægemiddel havde været administreret efter behov, var der ikke fulgt op på hvilket omfang lægemidlet havde hjulpet på tilstanden.</p> <p>Der kunne kun i begrænset omfang redegøres fyldestgørende for ovenstående ved tilsynet.</p>
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			Opfyldt ved tilsynet d. 16/3-2023
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			Opfyldt ved tilsynet d. 16/3-2023

Medicinhåndtering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		X		Medicininstruksen var endnu ikke fuldt implementeret, idet der fortsat var mangler i dokumentation af administrationen af ikke-dispenserbar medicin.
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		I en ud af tre stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem handelsnavnene på den lokale medicinliste og den medicin der var i den dosisdispenserede medicin fra apoteket. I en ud af tre stikprøver var der ikke angivelse af maksimal døgndosis for to lægemidler til brug efter behov.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>		X		I en ud af tre stikprøver var der en usikker praksis vedr. kvittering for administration af ikke dispenser-bar lægemidler.

Patienters retsstilling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		Hos en patient med diabetes, hvor den behandlingsansvarlige læge havde ændret på insulinbehandlingen på baggrund af indsendte blodsukkerprofiler og uden fysisk at have tilsat patienten. Plejehjemmet var derfor ansvarlig for at indhente det informerede samtykke til ændringen i insulinbehandlingen og journalføre det, hvilket imidlertid ikke var foregået, idet det ved tilsynet blev oplyst at man ikke havde en sådan praksis på stedet.

Hygiejne

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	X			

Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X	

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Attendo Lærkevej er en del af Attendo koncernen. Attendo Frederikssund Plejehjem er et friplejehjem, der åbnede 1. juni 2019.
- Plejehjemmet er certificeret til at levere ydelser i forhold til pleje, hjælp og omsorg og skal følge de kommunalt fastsatte kvalitetsstandarder.
- Attendo Lærkevej har plads til i alt 72 beboere fordelt på 6 afdelinger med 12 beboere i hver afdeling. På tilsynsdagen var der 60 beboere.
- Der er ansat 71 medarbejdere på Attendo Lærkevej fordelt på faggrupperne sygeplejerske, terapeut, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper, ufaglært. Pr 1/6-2023 er der ansat seks sygeplejersker, 10 social-og sundhedsassistenter og 1 terapeut.
- Der er aktuelt 15 vakante stillinger. Stillingerne bemandes pt. med dels mertid for faste medarbejdere, dels interne afløsere og dels eksternt vikarbureau
- Vagter er fordelt med 4 i aftenvagt pr. etage, heraf 1 SSA, 3 SSH.
- De sundhedsfaglige opgave består primært af medicin håndtering, observationer i forbindelse med behandling, opfølgninger på helbredstilstande, korrespondance med læger samt specialafdelinger på sygehuset.
- Komplekse sundhedsfaglige opgaver varetages af husets sygeplejersker på hverdage i tidsrummet kl. 8-16 og udenfor denne tid varetages opgaverne af døgnglejen i Frederikssund Kommune. Derudover samarbejdes med akutteamet i Frederikssund Kommune.
- Der afholdes daglige triagemøder i alle afdelinger.
- Der holdes møde ca. hver 2-3 måned med døgnglejen i Frederikssund Kommune. Her drøftes opgaver der udføres af døgnglejen på Attendo Lærkevej samt samarbejdet mellem døgnglejen og Attendo.
- Der holdes kvartalsvise møder med visitationen i Frederikssund Kommune. Her drøftes samarbejdet samt evt. ledig kapacitet på Lærkevej.
- Attendo Lærkevej har tilknyttet to plejehjemslæger. Der holdes "stuegang" med plejehjemslægerne x 1 pr. uge. Der afholdes årligt møde med plejehjemslæger vedr. status på samarbejdet samt evt. optimering.
- Attendo Frederikssund anvendte samme journalsystem som den kommunale døgngleje i Frederikssund Kommune, CURA og anvendte FSIII-metoden.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt et tidligere tilsyn den 16. marts 2023.

Vi var første gang på tilsyn på Attendo Lærkevej den 16. marts 2023. Det udløste et påbud den 2. maj 2023 om:

1. at sikre forsvarlig behandling og pleje, herunder sikre overlevering af opgaver og en tilstrækkelig bemanning samt udarbejdelse og implementering af en fyldestgørende instruks for ansvars- og kompetenceforhold, fra den 2. maj 2023.
2. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks herfor, fra den 2. maj 2023.

3. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå fra den 2. maj 2023.
4. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herfor, fra den 2. maj 2023.
5. at sikre forsvarlig hygiejne, herunder sikring af smitteforebyggende tiltag, fra den 2. maj 2023.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2023 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instruks for personalets kompetencer, ansvar- og opgavefordeling
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter/borgere

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 16. marts 2023.

- Behandlingsstedets organisering herunder bemandingssituationen
- Journalføring
- Sygeplejefaglige vurderinger
- Informeret samtykke
- Medicinhåndtering
- Implementering af instruks for medicinhåndtering og journalføring

- Ved tilsynet deltog og til den afsluttende opsamling deltog:
 - Sarah Leth Madsen, Virksomhedschef, Attendo Lærkevej
 - Fahri Tasci, afdelingsleder
 - Line Jentoft, afdelingsleder
 - Maria Staahl, afdelingsleder
 - Julie Winther, afdelingsleder
 - 4 sygeplejersker
 - 1 social- og sundhedsassistent
 - Thomas Lendrell, ditschef, Attendo Danmark
 - Lena Erngren, Quality Director, Attendo Skandinavien

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Anne Marie Glennung, oversygeplejerske

5. 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](#)
- [Veiledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

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 foretaget plejen og behandlingen
- notaterne er skrevet på dansk, frasen eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Veiledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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 i nødvendigt omfang:

- 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 \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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:

- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Veiledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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

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

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

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Veiledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

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

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

Der er fokus på om:

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

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

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

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

Referencer:

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

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

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

Der er fokus på at der af instruksen fremgår:

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

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

Referencer:

- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

Medicinhåndtering

9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, 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 medicinhåndtering
- 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 autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Risikosituationslægemidler - De 7 risikosituationslægemiddelgrupper](#)

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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, november 2019](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling

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

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

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

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning

- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/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 patienters 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 autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v., 2. udgave, november 2019](#)

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.

- Samtykke kompetence/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 samtykke kompetence, 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 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [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](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

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:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 248 af 8. marts 2023](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

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

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

Baggrund

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

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

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

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

⁴ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

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

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

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

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁸.

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

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

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

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

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

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

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

¹¹ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

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

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1