# Handleplansdokument efter Tilsyn fra styrelsen for patientsikkerhed. Tilsyn udført den 5 maj 2022.

Randers Kommune modtog den 15. juni 2022 høring over påbud til Kastanjebo samt høringsudkast til tilsynsrapporten.

Af høringen fremgår det, at Styrelsen for Patientsikkerhed ud fra forholdene ved tilsynsbesøget har vurderet, at der på Kastanjebo er problemer af betydning for patientsikkerheden. Af det fremsendte materiale fremgår det således, at styrelsen påtænker at give Randers Kommune påbud om at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom, samt sikre indhentelse af informeret samtykke forud for behandling og pleje.

Dokumentet er udarbejdet af Tilbudsleder Gitte Grill og Centerleder Mette Wind.

# Vurdering fra Tilsynet.

**Samlet vurdering efter tilsyn**

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **09-05-2022** vurderet, at der på **Kastaniebo** er

**Større problemer af betydning for patientsikkerheden**

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, instruksgennemgang, gennemgang af medicinliste og medicinbeholdning, samt journalgennemgang ved det aktuelle tilsyn.

## Sundhedsfaglige instrukser

Styrelsen for Patientsikkerhed konstaterede, at Bofællesskabet Kastaniebo havde udarbejdet alle påkrævede sundhedsfaglige instrukser, og fraset instruks for sundhedsfaglig dokumentation, var de alle fyldestgørende og implementerede, idet personalet redegjorde for, hvordan de blev anvendt i det daglige arbejde.

## Sundhedsfaglige vurderinger og dokumentation

Ved tilsynsbesøget konstaterede vi, at behandlingsstedets instruks for sundhedsfaglig dokumentation ikke var fyldestgørende, den manglede blandt andet en beskrivelse af medarbejdernes opgaver og ansvar, samt krav til indhold og systematik. Ved journalgennemgangen konstaterede vi, at den sundhedsfaglige journalføring ikke blev ført ensartet, det var vanskeligt at genfinde data, og selv om behandlingsstedet især havde arbejdet med at beskrive patienternes aktuelle problemer og risici, var de beskrevet mangelfuldt. I flere tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Vi vurderede, at en del af fundene relaterede sig til den manglende instruks.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på bostedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere.

## Medicinhåndtering

Der var få enkeltstående fund i medicinhåndteringen. Personalet kunne redegøre for forholdene, og vi vurderede, at der umiddelbart kunne rettes op på forholdene ud fra den rådgivning der blev givet.

## Patienters retsstilling

Der var eksempler på, at patienternes samtykkekompetence og handleevne ikke var tydeligt beskrevet i journalerne. I alle tre journalgennemgange manglede der journalføring af at der var indhentet samtykke forud for kontakt til læge. Personalet oplyste videre, at de ikke altid indhentede samtykke, da det ikke fremgik klart af journalerne, om patienten var habil, så vedkommende selv kunne give et samtykke, ligesom det ikke fremgik, hvem der eventuelt kunne give et stedfortrædende samtykke. Vi vurderede, at manglerne skyldtes at hverken ledelse eller personale havde tilstrækkeligt kendskab til lovgivningen på området.

## Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på at målepunkerne vedrørende de sundhedsfaglige instrukser, fraset instruks for sundhedsfaglig dokumentation var opfyldte. Instrukserne vedrørende medicinhåndtering vurderede vi dermed også var fyldestgørende og implementerede.Manglerne vi fandt i medicinbeholdningen og på medicinlisten var få og ingen af dem var gennemgående, hvorfor vi vurderer, at behandlingsstedet kan rette op på dem ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet. Der var fund i alle målepunkter vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation og i målepunktet vedrørende patienters retsstilling, hvorfor styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldt. Manglerne vurderes at have et større omfang, og kræver målrettet arbejde med begge områder, inden målepunkterne kan opfyldes.

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

# Handleplan for ændring af praksis, i forhold til tilsynets krav og henstillinger

## Forvaltningen har på baggrund af rapporten blandt andet udarbejdet handleplan, der skal sikre, at forvaltningen får arbejdet med og implementeret løsninger på de syv krav og to henstillingspunkter, som Styrelsen for Patientsikkerhed har angivet i høringsrapporten

## Krav

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Målepunkt** | |  | **Krav** | **Planlagte handling af tilbuddet.** |
| 4. | Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation |  | Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning | Den sundhedsfaglige gruppe på tværs af døgnområdet samles med særligt fokus på instruks om sundhedsfaglige dokumentation.  Til mødet inviteres den leder, der generelt udarbejder instrukser i samarbejde med det sundhedsfaglige personale samt nyansat leder på Kastanjebo. |
|  |  |  | Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation | Der er indkaldt til møde d. 22-9-2022.  Når den nye instruks foreligger, gennemgås denne på temadag omkring sundhedsfaglig dokumentation d. 14. september (og 11. oktober), hvor der er afsat 3 timers undervisning for al fast personale på Kastaniebo. Der er mødepligt på dagen.  Der vil allerede fra d.d. drøftes sundhedsfaglig dokumentation som sparring mellem medarbejdere og afdelingsleder og denne vil grundigt blive sat ind i kravene fra Styrelsen for Patientsikkerhed. Dette sker d.18-7-22. |
| 5. | Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal |  | Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring | På temadag d. 14. september vil vi gennemgå Styrelsen for Patienssikkerheds publikation ’Sundhedsfaglig journalføring for pædagogisk personale’, der beskriver den journalføring, der forventes. Publikationen er printet ud til alle fastansatte med forventning om øjeblikkelig gennemlæsning.  Efterfølgende er der sendt information ud til vikarer med forventning om, at de ligeledes opdaterer sig på krav til journalføring.  Ny afdelingsleder følger op på vikarer med botilbudsleder og indkalder til vikarmøde d. 29. august 2022.  Vikarer har af afdelingsleder modtaget information om emnet via bostedssystem med forventning om skærpet opmærksomhed på dokumentation.  Afdelingsleder har dagligt fokus på dokumentation som sparring.  Vi har sat plancher op fra Styrelsen for Patientsikkerhed ’Fire tommelfingerregler til journalføring’ i alle enheder og på kontoret, hvor der dokumenteres. |
| 6. | Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer |  | Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation | Der laves systematisk gennemgang af alle borgeres problemområder. Dette sker som fælles proces mellem afdelingsleder og sundhedsansvarlige SOSA.  Kontaktpersoner vil ligeledes blive bedt om information om borgernes problemområder.  For bedst beskrivelse inviteres sygeplejersken, der er Kastaniebos sundhedsfaglige sparring. Denne sygeplejerske er afdelingsleder på andet tilbud i Center for Voksenhandicap og kan bidrage til en god screening af problemområder og potentielle problemer. Dette gøres 12. september 2022.  Beskrivelserne af patienternes aktuelle og potentielle problemer sker løbende som samarbejde mellem sundhedsansvarlig personale, afdelingsleder samt sygeplejefaglig sparringspartner.  Slutdato for disse er medio oktober måned.  Dokumentation af emnet, se dokumentation ovenfor. |
| 7. | Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme,  funktionsnedsættelser samt aftaler med  behandlingsansvarlig læge |    | Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand  Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med de behandlende læger om kontrol af kroniske sygdomme ved den medicinske patient | Borgers sygdomme og funktionsnedsættelser dokumenteres efter aftale med behandlingsansvarlig læge.  Der udarbejdes individuel oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved sundhedsfaglig medarbejder i samarbejde med sundhedsfaglig sparringsperson – sygeplejerske, læs ovenfor.  Dette sker i forbindelse med beskrivelserne af patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger – se ovenfor.  Den sundhedsfaglige dokumentation sker efter publikationen ’Sundhedsfaglig journalføring for pædagogisk personale’, der er udleveret og gennemgås d. 14. september jf. punkt 5. |
| 8. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering |  | Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme | Den sundhedsfaglige dokumentation sker efter publikationen ’Sundhedsfaglig journalføring for pædagogisk personale’, der er udleveret og gennemgås d. 14. september og 11. oktober jf. punkt 5.  Denne dag præciseres den kronologiske systematik en god sundhedsfaglig journalføring kræver for patientensretsstilling. |
| 14. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling |  | Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge | Fra tilsynsbesøgets gennemgang af vores journalsystem Sensum Bosted, fremgik det, at vores sundhedsfaglige system ikke for nuværende kort og præcist kan beskrive;  Habilitet, livredende førstehjælp samt genoplivning/livsforlængende behandling.  Varig inhabil, som det står i dag, skal ligeledes ændres i systemet til inhabil.  Dette er sendt videre til udbyder af Sensum bosted. Vi afventer rettelserne. |
|  |  |  | Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de  pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i sundhedsfaglige dokumentation | Der er for nuværende opsat tydelig retning på informeret samtykke til læge- eller lægehenvist behandling. Det informerede samtykke sker efter flg;   1. Forklar borger om lægekontakten – få et informeret samtykke, beskriv dette i journal 2. Lader det sig ikke gøre, kontakt familie/personlig værge for informeret samtykke, beskriv i journal 3. Lader det sig heller ikke gøre, kontakt leder for samtykke, beskriv i journalen.   Det skal med Styrelsen for Patientsikkerhed afklares, i hvilket omfang et informeret samtykke kræves ved akut behandling og hvor denne vurdering skiller. |

## Henstillinger

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste |    | Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten | Der afsættes yderligere tid til sundhedsansvarlig SOSA til denne opgave.  Tidsforbruget er drøftet med SOSA.  Der er opstart uge 28. |
| 12. | Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering |  | Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patienternes navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato | Årsagen til problemstillingen drøftes blandt medarbejdere og afdelingsleder på Kastaniebo. Det skal klarlægges, hvem og hvordan problemstillingen opstår i vores daglige praksis.  Herefter iværksættes en systematisk gennemgang af emnerne, som blev pointeret ved tilsynsbesøget.  Vi samarbejder med vores sygeplejefaglige sparringspartner omkring det praktiske omkring emnet og opsamling på punkterne, så punktet opfyldes her og nu samt løbende. |
|  |  |  | Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer | Dette sikres ved systematisk gennemgang af Kastaniebos SOSA. |
|  |  |  | Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning | Dette rettes løbende af Kastaniebos SOSA.  Afdelingsleder drøfter tidsforbrug med denne. |
|  |  |  |  |  |

# Generelle fund af Tilsynet

## Behandlingsstedets organisering

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Målepunkt** | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** | **Fund og kommentarer** |  |
| 1. | Gennemgang af og  interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling | X |  |  |  |  |
| 2. | Gennemgang af og  interview om instrukser for patienternes behov for behandling | X |  |  |  |  |
| 3. | Interview og gennemgang  af formelle krav til instrukser | X |  |  |  |  |

## Journalføring

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Målepunkt** | | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** | **Fund og kommentarer** |  |
| 4. | Gennemgang af og interview om instruks  vedrørende sundhedsfaglig dokumentation |  | X |  | Instruks for journalføring var ikke fyldestgørende idet den ikke beskrev medarbejdernes opgaver og ansvar, samt krav til indhold og systematik. | Se ovenstående handleplan |
| 5. | Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal |  | X |  | Alle tre journaler manglede systematik og overskuelighed, hvorfor det ikke var muligt at genfinde journalnotater med beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering.  I to af journalerne fremgik det ikke, at der var papirtillæg i form af udfyldte skemaer til registrering af eksempelvis vægt og afføring, til den ekektroniske journal. | Se ovenstående handleplan |
| 6. | Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens  aktuelle og potentielle problemer |  | X |  | I alle tre journalgennemgange manglede der enkelte beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger, eksempelvis manglede der beskrivelse af at en patient aktuelt havde lungebetændelse, selv om vedkommende var i behandling | Se ovenstående handleplan |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | herfor. Der manglede beskrivelse af en anden patients dyspnø samt ødemer, ligesom der ved en tredje patient manglede beskrivelse af hvilken smertetilstand der medførte, at vedkommende var i fast behandling med smerteplaster.  Personalet kunne mundtligt redegøre for ovenstående forhold. |  |
| 7. | Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge |  | X |  | I to af journalerne var oversigten over  patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ikke fyldestgørende, der manglede eksempelvis beskrivelse af at en patient led af migræne, samt beskrivelse af at en anden patient var dement. I begge journaler manglede der en fyldestgørende beskrivelse af aftaler om kontroller på epilepsi-ambulatoriet. Personalet kunne mundtligt redegøre for ovenstående forhold. | Se ovenstående handleplan |
| 8. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering |  | X |  | I alle tre journaler manglede der beskrivelse af aktuel pleje og behandling, eksempelvis manglede der beskrivelse af pleje og behandling i forbindelse med en patients epilepsianfald, migræneanfald samt lungebetændelse. Der manglede beskrivelse af aktuel pleje og behandling ved en anden patients dyspnø og ødemer, og ved en tredje patient manglede der beskrivelse af pleje og behandling i forbindelse med en smerteproblematik samt ved behandling af eksem i ansigtet.  I alle tre journaler manglede der beskrivelse af opfølgning og evaluering på aktuel pleje og behandling.  Personalet kunne mundtligt redegøre for aktuel pleje og behandling af ovenstående forhold. | Se ovenstående handleplan |

## Medicinhåndtering

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Målepunkt** | | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** |  | **Fund og kommentarer** |  |
| 9. | Gennemgang af og  interview om instruks for medicinhåndtering | X |  |  |  |  |  |
| 10. | Gennemgang af og  interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger | X |  |  |  |  |  |
| 11. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste |  | X |  |  | I en medicingennemgang var der ikke overensstemmelse mellem det ordinerede medicin og den aktuelle medicinliste, idet patientens pn-stesolid ikke var på medicinlisten, som var opdateret efter en indlæggelse. Ved samme patient var der en Voltaren-gel i beholdningen, som ikke fremgik af medicinlisten. | Se ovenstående handleplan |
|  |  |  |  |  |  | I to medicingennemgange var der ialt tre præparater, som ikke fremgik med det aktuelle handelsnavn på medicinlisten. |  |
| 12. | Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering |  | X |  |  | I en medicingennemgang var der en dosis-dispensering med medicin til pn-administration, hvorpå der manglede udløbsdato. | Se ovenstående handleplan |
|  |  |  |  |  |  | I en medicingennemgang manglede der navn og cprnummer på en doseringsæske. |  |
|  |  |  |  |  |  | I to medicingennemgange var der ialt tre ikke-aktuelle præparater, som blev opbevaret sammen med den aktuelle medicin. |  |
| 13. | Gennemgang af og  interview om instruks for brug af ikkelægeordinerede håndkøbslægemidler og  kosttilskud | X |  |  |  |  |  |

## Patienters retsstilling

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Målepunkt** | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** | **Fund og kommentarer** |  |
| 14. | Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling |  | X |  | I en journalgennemgang var patientens habilitet ikke beskrevet korrekt.  Patienten var i journalen beskrevet som varigt inhabil, på trods af at en læge ikke havde taget stilling hertil. Personalet kunne ikke redegøre mundtligt for forholdet, da de var ikke havde tilstrækkeligt kendskab til lovgrundlaget herom.  I alle tre journalgennemgange manglede der journalføring af at der var indhentet samtykke forud for kontakt til læge, og personalet oplyste, at de ikke altid indhentede samtykke, da det ikke fremgik klart af journalerne, om patienten var habil, og hvem der kunne give et eventuelt stedfortrædende samtykke. | Se ovenstående handleplan |

## Hygiejne

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Målepunkt** | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** | **Fund og kommentarer** |  |
| 15. | Interview om procedurer  for hygiejne og smitsomme sygdomme | X |  |  |  |  |

## Diverse

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Målepunkt** | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** | **Fund og kommentarer** |  |
| 16. | Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf |  |  | X | Behandlingsstedet varetog ikke injektionsbehandling. |  |

## Øvrige fund

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Målepunkt** | **Opfyldt** | **Ikke opfyldt** | **Ikke aktuelt** | **Fund og kommentarer** |  |
| 17. | Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici |  |  | X |  |  |

# Relevante oplysninger

## Om behandlingsstedet

* Bofællesskabet Kastaniebo var et kommunalt bofællesskab beliggende i Randers kommune.
* Målgruppen var voksne med udviklingshæmning og demens, flere med comorbiditet i form af diabetes og andre somatiske lidelser.
* Der var plads til 14 beboere.
* Personalet varetog medicinhåndtering samt observationer, pleje og behandling i relation til den medicinske behandling. Mere kompleks pleje og behandling, eksempelvis injektionsbehandling og sårbehandling, blev varetaget af den kommunale hjemmesygepleje.
* Der var i alt ansat ca. 20 medarbejdere, heraf 2 social- og sundhedsassistenter, omsorgsmedarbejdere, pædagoger og social- og sundhedshjælpere.
* Der var døgndækkende personaletilstedeværelse.
* Bofælleskabet Kastaniebo samarbejdede primært med praktiserende læger, regionssygehuset, herunder diabetesambulatoriet, samt med Oligofreni-Psykiatrien i Randers kommune. Personalet ledsagede altid beboerne til konsultationer og kontroller.

**Begrundelse for tilsyn**

Tilsynet blev gennemført som et planlagt tilsyn.

## Om tilsynet

* Ved tilsynet blev målepunkter for Bostedsområdet 2019 – 2022 anvendt.
* Der blev gennemført interview med ledelse og medarbejdere.
* Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
* Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget.
* Der blev gennemgået medicin for de samme tre beboere, som der blev gennemgået journaler på.

Ved tilsynet deltog:

* Gitte Grill, leder af de døgndækkende handikaptilbud i Randers kommune, og aktuelt også daglig leder på Kastaniebo.
* 2 udvalgte medarbejdere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

* Gitte Grill, leder af de døgndækkende handikaptilbud i Randers kommune, og aktuelt også daglig leder på Kastaniebo.
* 2 udvalgte medarbejdere

Tilsynet blev foretaget af:

* Susanne Holst Bendix, Overygeplejerske
* Sussi Albrechtsen, Oversygeplejerske
* Helene Kni Rasmussen, Fuldmægtig

# Målepunkter

## Behandlingsstedets organisering

|  |
| --- |
| **1. Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling** |
| Tilsynsførende gennemgår instruks om personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.  Ved gennemgang af instruksen skal kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver være beskrevet.    Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.  Referencer:   [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001) |
| **2. Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling** |
| Tilsynsførende gennemgår instruks for patienternes behov for behandling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.    Ved gennemgang af instruksen skal det være beskrevet, hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos patienter, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver, og hvor medarbejderen arbejder som lægens medhjælp, samt tilkald af læge.    Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.  Referencer:   [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001) |
| **3. Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser** |
| Tilsynsførende interviewer ledelsen og gennemgår de skriftlige instrukser med henblik på at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser, herunder om de er tilgængelige, daterede, indeholder |

oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen.

Referencer:

* [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2009/1219)
* [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001)

## Journalføring

|  |
| --- |
| **4. Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation** |
| Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen.    Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.  Ved gennemgang af instruksen skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. være beskrevet    Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.  Referencer:   * [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521) * [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001) |
| **5. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en 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, fraset 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 og hvad disse indeholder eller i andet format
* 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](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1225)
* [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521)

|  |
| --- |
| **6. 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 (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.   Referencer:   * [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1225) * [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521) |

|  |
| --- |
| **7. Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, 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 handikap, 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 medicinske patient  Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse 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](https://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient/National_Handlingsplan.pdf) * [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1225) * [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521) |
| **8. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering** |
| Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om:   * den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme * der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge følges. |

Referencer:

* [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1225)
* [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521)

## 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 risikosituationslægemidler   Personalet kender og anvender instruksen.    De syv risikosituationslægemidler er:   1. Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika) 2. Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler) 3. Lavdosis methotrexat. 4. Kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat). 5. Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon) 6. Gentamicin 7. Digoxin   Referencer:   * [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115) * [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079) * [https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/laering/risikosituationslaegemidler/](https://stps.dk/da/laering/risikoomraader/risikosituationslaegemidler/risikosituationer/) * [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001) |

|  |
| --- |
| **10. Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger** |
| Tilsynsførende gennemgår instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.    Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlingsansvarlige læger:   * ved håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør af medicin * om den medicinske behandling herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning * om behandling og kontrol af kroniske sygdomme     Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen.  Referencer:   [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001) |
| **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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079) * [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/~/media/0E30EDB960FA47DBA41FDA577A0AB979.ashx) |

 [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521)

|  |
| --- |
| **12. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering** |
| Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering 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 medicinhåndtering- 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   Referencer:   * [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115) * [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2013/9808) * [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079) * [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](https://stps.dk/da/udgivelser/2019/korrekt-medicinhaandtering/~/media/0E30EDB960FA47DBA41FDA577A0AB979.ashx) * [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forholdsregler-ved-injektion-af-insulin.ashx?la=da&hash=9DDE1205C07F57413566C92C99F87347008D54AA) |

**13. Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud**

Tilsynsførende gennemgår instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Ved gennemgang af instruksen skal beskrivelse af personalets samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, oftest praktiserende læge, ved håndtering af håndkøbslægemidler og kosttilskud mv., som ikke fremgår af FMK (Fælles Medicinkort) eller anden udformet medicinliste fra lægen, fremgå.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte.

Referencer:

 [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079)  [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2000/9001)

## Patienters retsstilling

|  |
| --- |
| **14. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling** |
| Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.    Samtykkekompetence/handleevne:  Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling.  Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).  For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værgen eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.    Informeret samtykke:  Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.    Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er. |

Referencer:

* [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/359)
* [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](https://www.retsinformation.dk/eli/mt/1998/161)
* [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2002/9494)
* [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2007/10409)
* [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/1225)
* [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2021/9521)
* [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210#id0a2ad53b-af5c-4764-8e0b-5c84e39db72c)

## Hygiejne

|  |
| --- |
| **15. Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme** |
| 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](https://hygiejne.ssi.dk/NIRgenerelle) * [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2011/9204) * [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731#id6a1d9721-5dff-44e9-966e-9b6de4bc2699)   [(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731#id6a1d9721-5dff-44e9-966e-9b6de4bc2699)   * [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](https://hygiejne.ssi.dk/NIRhaandhygiejne) * [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](https://hygiejne.ssi.dk/NIRsupplerende) |

## Diverse

|  |
| --- |
| **16. Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf** |
| Tilsynsførende interviewer personale med henblik på at vurdere, om der forefindes adrenalin ved injektionsbehandling. Personalet interviewes yderligere i forhold til, om de 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](https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079) |

## Øvrige fund

|  |
| --- |
| **17. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici** |
| Referencer:   [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 210 af 27. januar 2022](https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210#id0a2ad53b-af5c-4764-8e0b-5c84e39db72c) |

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

## Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. 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 sundhedspersoner[[1]](#footnote-1) udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[[2]](#footnote-2).

## Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn[[3]](#footnote-3).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 i øjeblikket behandlingssteder4 til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også 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](https://stps.dk/da/tilsyn/tilsyn-med-behandlingssteder/). Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](https://stps.dk/da/tilsyn/om-tilsyn/spoergsmaal-og-svar/).

## 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 til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet[[4]](#footnote-4). 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 tilsynet[[5]](#footnote-5). 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.](https://stps.dk/da/tilsyn/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 patientsikkerheden[[6]](#footnote-6).

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 [Tilsynsrapporter](https://stps.dk/da/tilsyn/tilsynsrapporter/)[[7]](#footnote-7). Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet[[8]](#footnote-8).

Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på [plejehjemsoversigten.dk](https://plejehjemsoversigten.dk/).

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](https://stps.dk/da/tilsyn/paabud/) samt på sundhed.dk[[9]](#footnote-9).

## 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 delvist[[10]](#footnote-10).

Påbud kan blive fulgt op på forskellig 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 tilsynsbesøg[[11]](#footnote-11), afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, 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.

1. Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar. [↑](#footnote-ref-1)
2. Se sundhedsloven § 5. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. 4 Se sundhedsloven § 213, stk. 2 [↑](#footnote-ref-3)
4. Se sundhedsloven § 213 a stk. 2 [↑](#footnote-ref-4)
5. Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3. [↑](#footnote-ref-5)
6. Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17 [↑](#footnote-ref-6)
7. 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 [↑](#footnote-ref-7)
8. Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017. [↑](#footnote-ref-8)
9. Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016. [↑](#footnote-ref-9)
10. Se sundhedsloven § 215 b [↑](#footnote-ref-10)
11. Se sundhedsloven § 213, stk. 1 [↑](#footnote-ref-11)