



Tilsynsrapport Regionshospitalet Viborg, Kirurgisk sengeafsnit

Sundhedsfagligt, planlagt tilsyn – Kirurgiske
sygehuse 2019

Regionshospitalet Viborg, Kirurgisk sengeafsnit
Heibergs Alle 4
8800 Viborg

P-nummer: 1003367314

Viborg kommune

Dato for tilsynet: 02-09-2019

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Nord

Sagsnr.: 5-9011-5520/1

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget ændringer til en række forhold i rapporten. Det var ønsket, at navnene på de af hospitalets medarbejdere, som deltog i den afsluttende opsamling på tilsynet, skulle angives i tilsynsrapporten. Styrelsen har ikke imødekommet dette da styrelsen har et princip om, at navne på medarbejdere uden ledelsesansvar ikke anføres i tilsynsrapporterne. Navne på de deltagende tilsynsførende er rettet.

Styrelsen anvender begreberne opfyldt, ikke opfyldt eller ikke aktuelt. Ønsket om en mulighed "delvist opfyldt" kan ikke efterkommes, men det vil altid fremgå af bemærkningsfeltet, hvad der ligger til grund for "ikke opfyldt".

Styrelsen har noteret sig bemærkningerne vedrørende BAC-test (målepunkt 4) og stomimarkering (målepunkt 9). Begge målepunkter er udviklet i samarbejde med Dansk Kirurgisk Selskab. Styrelsen har efterfølgende også søgt vejledning hos Dansk Kirurgisk Selskab. På denne baggrund fastholdes Styrelsens fund og henstillinger.

Hvad angår informeret samtykke blev tre journaler på tilsynsdagen gennemgået og medarbejderne kunne ikke fremvise informeret samtykke til alle indgrebene.

Styrelsen for Patientsikkerhed kan ikke imødekomme ønsker om at udelade fund. Princippet er, at det indskrives, hvad der er set på tilsynsdagen og det er det, som afdelingen bliver kategoriseret efter.

Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den d. 2. september 2019 vurderet, at behandlingsstedet indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden på behandlingsstedet var baseret på de forhold, der blev gennemgået ved det aktuelle tilsyn.

På baggrund af dette fremstod Kirurgisk sengeafsnit, Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt sundhedsfagligt velorganiseret.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på at der var mangler i instruksen omhandlende ”Rammeordination for sygeplejersker” og instrukserne blev ikke fulgt konsekvent i forhold til bestilling af BAC-test samt stomimarkering af ileus patienter.

Styrelsen kunne konstatere, at der var få og spredte mangler vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation i forhold til patientens retstilling. Det fremgik ikke af den sundhedsfaglige dokumentation, at patienten havde givet informeret samtykke til visse sundhedsfaglige indsatser. Styrelsen kunne yderligere konstatere, at der var mangler i forhold til sikker overlevering af patienten, men fundet var enkeltstående. Personalet kunne tydeligt og præcist redegøre for patientsikre procedurer for indhentning af informeret samtykke og overflytning af patienter.

Det er styrelsens vurdering, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte mangler ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet. Styrelsen vurderer således at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

Der var fem uopfyldte målepunkter. Fundene vedrørte rammeordinationer for sygeplejersker, bestilling af BAC-test, stomimarkering, informeret samtykke til visse procedurer og sikker overlevering mellem afdelinger. Fundene udløste fem henstillinger.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

Henstillinger

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at beskrivelsen af de sundhedsfaglige opgaver i instruksen/instrukserne vedr. rammedelegation er tilstrækkeligt beskrevet (målepunkt 3)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger relevante diagnostiske tiltag til udredning af ileus (målepunkt 4)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at den præoperative håndtering af patienter med ileus er vurderet relevant og behandlingsmæssigt fulgt op (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der er indhentet informeret samtykke til behandling inden udført behandling – herunder at patienten er informeret om evt. risici for komplikationer (målepunkt 10)
- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at de nødvendige oplysninger foreligger ved overflytning af patient til anden matrikel (målepunkt 15)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.

2. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			
2:	<u>Interview om anvendelse af instrukser målrettet patienter med ileus (omhandler både instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og instrukser for delegeret lægeforbeholdt virksomhed)</u>	X			
3:	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og rammedelegationer for delegeret lægeforbeholdt virksomhed</u>		X		Instruksen "Rammeordination for sygeplejersker på kirurgisk afdeling, K11" indeholdte ikke oplysninger om maksimal døgndosis og kontraindikationer ved hver præparat.

Faglige fokuspunkter i patientforløb

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4:	<u>Journalgennemgang vedrørende diagnostik af patienter</u>		X		I to ud af fire journaler var der ikke ordineret BAC-test på patienter, som var opereret for ileus. En af patienterne fik foretaget laparoscopi, den anden patient fik foretaget laparotomi.
5:	<u>Journalgennemgang vedrørende indikation og plan for operative indgreb</u>	X			
6:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens</u>	X			

	<u>aktuelle og potentielle problemer</u>				
7:	<u>Interview om procedurer for overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre</u>	X			
8:	<u>Journalgennemgang om overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre</u>	X			
9:	<u>Journalgennemgang vedrørende præ-, per- og postoperativ behandling af patienter</u>		X		I fire ud af fire journaler fremgik det ikke af journalføringen, at patienten blev stomimarkeret som jævnfør afdelingens instruks.

Patientens retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10:	<u>Interview og journalgennemgang vedrørende informeret samtykke til behandling</u>		X		I den sundhedsfaglige dokumentation var det ikke konsekvent beskrevet, at der var indhentet informeret samtykke til indlæggelse af nasogastrisk sonde og urinvejskatheter. Personalet kunne redegøre for, at patienterne var adspurgt.

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af ordination af patienternes medicin og opfølgning herpå</u>	X			

Overgange i patientforløb,

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12:	<u>Interview om håndtering af parakliniske undersøgelser</u>	X			
13:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af opfølgning på resultat af parakliniske undersøgelser</u>	X			
14:	<u>Interview med henblik på overlevering af information mellem sundhedspersoner og ved overflytning mellem afdelinger/afsnit</u>	X			
15:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af sikker overlevering mellem afdelinger/matrikler</u>		X		I en ud af fire journaler fremgik det ikke af journalføringen, at der var givet information om patientens overflytning fra Operation og Intensiv til kirurgisk sengeafsnit. Ledelsen var bevidste om risikoen ved manglende overlevering i forbindelse med intern overgange.
16:	<u>Journalgennemgang om sammenhæng i patientforløb ved udskrivelse</u>	X			

Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund	Fund og kommentarer
17:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X		

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Kirurgisk Sengeafsnit var en del af Kirurgi på Regionshospitalet Viborg, Hospitalsenhed Midt.
- Afsnittet havde plads til 36 patienter, og modtog både akutte patienter og patienter til planlagt operation.
- Kirurgisk Sengeafsnit var ledet af ledende overlæge Einar Pahle, oversygeplejerske Helle Skytte og afdelingsygeplejersker Birgitte Roving Vingborg og Stina Niemi Stenberg Hansen.
- Den aktuelle lægelige bemanning var: 11 overlæger, otte afdelingslæger og 14 uddannelseslæge.
- Den aktuelle sygeplejefaglige bemanning på sengeafsnittet var: 57 sygeplejersker, 14 social- og sundhedsassistenter.

Der var udarbejdet samarbejdsaftaler mellem de involverede afdelinger mhp. de kirurgiske forløb.

Om tilsynet

- Antal journalgennemgange: Forud for tilsynet modtog Styrelsen kopier af journaler til brug for tilsynet, på hvilket dokumentationen for fire patientforløb blev gennemgået med bistand fra læger og sygeplejersker.
- Afsluttende opsamling på tilsynets fund givet til :
 - Claus Brøckner Nielsen, lægefaglig direktør
 - Einar Pahle, ledende overlæge, Kirurgi
 - Helle Skytte, oversygeplejerske, Kirurgi
 - Trine Agerskov, oversygeplejerske, Akutafdelingen
 - Leni Abrahamsen, oversygeplejerske, Operation & Intensiv
 - Stina Stenberg Hansen, afdelingssygeplejerske, kirurgisk sengeafsnit, Kirurgi
 - Christian Grochott Ishøi, afdelingssygeplejerske, Operationsafsnittet, Operation & Intensiv
 - Peter Rask, kvalitetsansvarlig overlæge, Kirurgi
 - Susanne Hylleberg, kvalitetsansvarlig overlæge og funktionsleder, Operation & Intensiv
 - Solveig Bank, afdelingssygeplejerske, Opvågningsafsnittet, Operation & Intensiv
 - Tre kvalitetsmedarbejdere
 - En risikomanager
- Tilsynet blev foretaget af: Overlæge, sektionsleder Henrik Sångren, oversygeplejerske Mette Toft Thorsen og overlæge Szilvia Gulyas Frimmerne

4. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen eller ledelsens repræsentanter og medarbejdere om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelsen er der fokus på:

- Ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder ved brug af vikarer og studerende.
- Sikring af, at de rette kompetencer er tilstede døgnet rundt for at sikre patientsikker behandling, herunder bistand ved læge/akutteam fra anden afdeling, når patientens tilstand kræver dette
- Aftaler for samarbejde mellem involverende afdelingers læger, som fx abdominalkirurger, akutlæger og anæstesiologen omkring ansvar for udredning og diagnostik af patienten med akut abdomen, herunder obs ileus
- Aftaler for samarbejde vedr. overflytninger mellem afdelinger og matrikler

Ved interview med medarbejdere er der fokus på:

- Om aftalerne vedr. ansvars- og opgavefordeling internt i afdelingen og aftaler om samarbejde med øvrige afdelinger/sygehuse er kendt og efterleves i praksis

Referencer:

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

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

↑ **Tilbage til oversigt**

2: Interview om anvendelse af instrukser målrettet patienter med ileus (omhandler både instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og instrukser for delegeret lægeforbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om instruktion og tilsyn i forbindelse med personalets sundhedsfaglige virksomhed, samt instruktion og tilsyn med rammedelegationer for lægeforbeholdt virksomhed målrettet patienter med ileus.

Ved behandling af patienter med ileus, skal der foreligge en instruks/instrukser for håndtering af den sundhedsfaglige behandling af patienterne under hele forløbet. Der skal endvidere foreligge rammedelegationer, hvor der sker delegeret lægeforbeholdt virksomhed i behandlingsforløb, som fx medicinering.

Instruktionen og tilsynet omfatter alt det personale, der udfører sundhedsfaglige opgaver og lægeforbeholdt virksomhed målrettet patientgruppen med ileus.

Ledelsen bliver spurgt, hvordan de sikrer instruktion og tilsyn med personalets behandling, der som minimum skal omfatte følgende:

- at medarbejderne, herunder vikarer, har forstået instruktionen og er instrueret i patientbehandlingen, herunder behandling af eventuelle komplikationer og hvornår der skal tilkaldes hjælp
- at tilsyn med medarbejderne, herunder vikarer, tager udgangspunkt i opgavens karakter, samt personalets uddannelse, erfaring og kvalifikationer i relation til den konkrete opgave

Medarbejderne bliver spurgt om, hvordan ledelsen fører tilsyn med deres faglige virksomhed, og om de føler sig tilstrækkeligt vejledt.

Instruksen/instrukserne skal som minimum indeholde ansvarsforhold og beskrivelse af, hvordan nedenstående forhold skal håndteres. De anførte forhold er udtryk for minimumskrav til den faglige kvalitet ved behandling af patienter med ileus.

Følgende forhold skal fremgå af instruksen/instrukserne:

Præoperativt:

- Faste
- Antibiotika profylakse
- Trombose profylakse
- Anden relevant medicinering, herunder smertebehandling og pausering af fast medicin
- Stomimarkering
- Anlæggelse af ventrikelsonde, urinvejskateter, og intravenøse adgange

Peroperativt:

- Sikring mod forvekslinger ved kirurgi "De 5 trin"
- Anlæggelse af epiduralkateter
- Korttidsvirkende anæstetika samt akut indledning
- Monitorering af væskebalance

Post operativt

- Lægefaglig stillingtagen til behov for intermedieær overvågning af patienten
- Smertebehandling (gives primært via epidural, suppleret med intravenøs/peroral medicin efter smertetrappe)

- Seponering af nasogastrisk sonde og dræn, intravenøse adgange og urinvejskateter, når det er indiceret
- Monitorering af væskebalance, ernæring, udskillelser og vægt indtil patienten er stabiliseret
- Seponering af antibiotika, trombose profylakse og non opioid peroral smertebehandling, herunder rammer for genoptagelse af vanlig medicin
- Tidlig mobilisering

Gennem hele forløbet

- Håndtering af parakliniske undersøgelser

Referencer:

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

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

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

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

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for brug af intravaskulære katetre, Statens Serums Institut 2016](#)

[Rettelsesblad til Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for brug af intravaskulære katetre, Statens Serums Institut 2016](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

3: Gennemgang af skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og rammedelegationer for delegeret lægeforbeholdt virksomhed

Tilsynsførende gennemgår skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og for rammedelegationer ved delegeret lægeforbeholdt virksomhed.

Ved gennemgang af instrukserne vedrørende behandling af ileus skal følgende fremgå:

- at de sundhedsfaglige opgaver er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er forsvarligt – hvilket vil sige i overensstemmelse med målepunkt 2.
- at instruksene/instrukserne som minimum indeholder beskrivelse af ansvarsforhold samt præcisering af personalegruppens opgaver

De anførte forhold er udtryk for minimumskrav til den faglige kvalitet ved behandling af patienter med ileus.

Referencer:

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

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

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

Faglige fokuspunkter i patientforløb

4: Journalgennemgang vedrørende diagnostik af patienter

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der foreligger relevante diagnostiske tiltag til udredning af ileus.

Følgende diagnostiske tiltag fremgår af journalen:

- Anamnese, der beskriver eksempelvis flatus eller afføringstop, opkast, turevise smerter og tidligere relevante kirurgiske procedurer samt komorbiditet
- Objektiv undersøgelse af abdomen, brokporter og evt. rektaleksploration samt stomieksploration
- Vurdering af peritoneal reaktion, tarmlyde, ventrikelaspirat og vitalparametre
- Relevant radiologisk verifikation ved mindst én af følgende undersøgelser: CT-scanning/røntgen, oversigt af abdomen/tyndtarmspassage, colonindhædning
- Relevante blodprøver, herunder væsketal samt blodtype og BAC/BAS/BF-test

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

5: Journalgennemgang vedrørende indikation og plan for operative indgreb

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der foreligger en begrundet indikation og plan for den kirurgiske intervention.

Af journalen fremgår at der:

- foreligger en begrundet indikation på baggrund af relevante anamnesticke, objektive og parakliniske fund ved det påtænkte operative indgreb
- er taget stilling til og lagt en plan såfremt der er forhold, der kan have betydning for optimering af patientens tilstand forud for operationen, herunder diabetes, hjerte- og lungesygdomme, koagulationsforstyrrelser, steroidbehandling, graviditet, AK behandling, misbrug m.v.

Målepunktet kan være opfyldt trods fravær af afklaring af komorbiditet, da der forekommer situationer, hvor behandling af den akutte kirurgiske problemstilling er så hastende, at den umuliggør, at komorbiditet kan afklares forud for operation. Denne situation skal med tydelighed fremgå af journalen.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

↑Tilbage til oversigt

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 sygeplejefaglige dokumentation, om der som minimum fremgår en relevant beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbreds-mæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle og potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret:

- Funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- Bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- Ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle, herunder eksempelvis tryksår
- 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, herunder ændringer i disse behov efter operation
- Udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré og stomipleje

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

[Autorisationsloven \(Kapitel 5, paragraf 17: Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 141 af 13. september 2018](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

7: Interview om procedurer for overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vital-parametre

Tilsynsførende interviewer relevant personale og vurderer, om der er patientsikre procedurer for gennemførelse af og reaktion på måling ved overvågning og vurdering af klinisk tilstand, når der sker måling af vitalparametre, herunder ved brug af relevant Track and Trigger system, som fx: Early Warning Score og Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom.

Herunder undersøges det, om:

- det er præciseret, hvordan overvågning foregår, herunder hvor ofte patienter skal vurderes, og hvem der har ansvaret herfor
- det er præciseret, hvornår læge/akutteam skal tilkaldes (værdier eller udvikling i værdier), og hvem der har ansvaret herfor, samt hvilken læge/akutteam, der skal kontaktes
- det adspurgte personale er bekendt med afdelingens procedurer og med deres rolle ved tilkald på baggrund af afvigende vitalscore
- det adspurgte personale er opmærksom på, at vitalværdier i mindre grad afspejler den kliniske tilstand hos visse patientgrupper; fx ældre patienter med komorbiditet, unge patienter, bariatriske patienter samt patienter, der behandles med betablokkere eller steroider

Referencer:

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

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

[↑Tilbage til oversigt](#)

8: Journalgennemgang om overvågning og vurdering af klinisk tilstand ud fra vitalparametre

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er fulgt relevant op på måling og vurdering af vitalparametre.

Herunder undersøges det, om det af journalerne fremgår:

- Om der er taget stilling til måling af vitalparametre af relevans for behandlingen og hvor ofte, og om det er begrundet hvis beslutningsalgoritmen ikke følges
- Om relevante vitalparametre fremgår af journalen, og kan tilgås fra andre afdelinger, hvis patienten er overflyttet
- Om der er reageret relevant i henhold til instruks/algoritme
- At patienten tilses af læge, minimum en gang dagligt ved stuegang samt ved forværring/ændring i tilstand

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

9: Journalgennemgang vedrørende præ-, per- og postoperativ behandling af patienter

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om patientens tilstand er relevant vurderet og behandlingsmæssigt fulgt op forud for operation og efter operation. Dette inkluderer vurdering og behandling af komorbiditet før indgrebet, samt behandling af kirurgiske og medicinske komplikationer under og efter indgrebet.

Det undersøges, om der foreligger dokumentation for, hvorvidt der forud for operationen, under eller umiddelbart efter operationen fremgår nedenfor anførte forhold.

Kravene til journalføring er udtryk for minimumskrav til den faglige kvalitet ved behandling af patienter med ileus.

Følgende skal som minimum fremgå:

Præoperativt:

- Hvornår patienten faster
- Lægefaglig stillingtagen til antibiotika profylakse
- Lægefaglig stillingtagen til trombose profylakse
- Lægefaglig stillingtagen til anden relevant medicinering, herunder smertestillende og pausering af fast medicin samt fx GIK-drop m.m.
- Stomimarkering
- Lægefaglig stillingtagen til anlæggelse af ventrikelsonde, urinvejskateter og IV adgange

Peroperativt:

- At "de 5 trin" med henblik på sikring mod forvekslinger ved kirurgi, er udført
- Anlæggelse af epiduralkateter, såfremt det ikke er kontraindiceret
- Anvendelse af korttidsvirkende anæstetika samt akut indledning
- Monitorering af væskebalance

Post operativt:

- Lægefaglig stillingtagen til behov for intermedier overvågning af patienten
- Smertebehandling (skal primært foregå via epidural, evt. suppleret med intravenøs/peroral medicin efter smertetrappe)
- Monitorering af væskebalance, udskillelser og vægt indtil patienten er fuldt mobiliseret
- Lægefaglig stillingtagen til seponering af nasogastrisk sonde og dræn, iv adgange og kateter
- Lægefaglig stillingtagen til ernæring – parenteral og peroral
- Medicinering, herunder stillingtagen til genoptagelse af vanlig medicin samt stillingtagen til medicin ordineret under indlæggelse, som tromboseprofylakse, antibiotika samt opioid og non –opioid smertebehandling
- Tidlig mobilisering

Ved udsættelse af operation skal det fremgå af journalen, at der er taget de nødvendige forholdsregler med henblik på at sikre mindst mulige risici for patienterne.

Ved uopsættelig kirurgi kan præoperative vurderinger være udeladt.

Ovennævnte krav til journalføring er udtryk for minimumskrav til den faglige kvalitet ved behandling af patienter med ileus.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

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

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

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for brug af intravaskulære katetre, Statens Serums Institut 2016](#)

[Rettelsesblad til Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for brug af intravaskulære katetre, Statens Serums Institut 2016](#)

↑Tilbage til oversigt

Patientens retsstilling

10: Interview og journalgennemgang vedrørende informeret samtykke til behandling

Tilsynsførende interviewer sundhedspersoner og gennemgår journaler på patienter med ileus i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for operation informeres og indhentes samtykke fra patienten og hvordan det dokumenteres.

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens 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.

Ved interview vil der blive fokuseret på følgende risikoområder:

- hvordan patienten informeres om risici og komplikationer samt alternative behandlingsmuligheder, hvis sådanne forefindes, herunder mulig anlæggelse af stomi
- hvordan der informeres og indhentes samtykke fra varigt inhabile patienter

Ved journalgennemgang vil der blive fokuseret på:

- de samme forhold som ved interviewet, herunder om journalerne på tilstrækkelig vis afspejler det, der blev oplyst om ved interviewet

Der bliver ikke fokuseret på samtykke til undersøgelser/behandlinger, der udgør almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, for eksempel rensning af sår, undersøgelse af højde og vægt, stetoskopi osv, hvor et stiltiende samtykke vil være nok.

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1286 af 2. november 2018](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)

[Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16/09/1998](#)

↑ [Tilbage til oversigt](#)

Medicinhåndtering

11: Journalgennemgang med henblik på vurdering af ordination af patienternes medicin og opfølgning herpå

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere, om der er anført en medicinanamnese ved indlæggelse og en medicingennemgang ved udskrivelse, samt om der er taget stilling til, hvad patienten skal have under indlæggelsen.

Der skal som minimum fremgå følgende vurderinger og handlinger af journalen:

- At der i indlæggelsesnotatet er anført en medicinanamnese, dvs. status over patientens aktuelle, vanlige medicinske behandling som er baseret på oplysninger fra patient, pårørende eller andre læger, herunder Det Fælles Medicinkort (FMK)
- At der er taget stilling til hvilken medicin, patienten skal fortsætte med under indlæggelsen
- At der er foretaget de nødvendige undersøgelser ved ordination af medicin, der kræver tilbagevendende blodprøvekontrol eller anden kontrol
- At der er lavet en plan for opfølgning på medicin ordineret under indlæggelse, herunder aftrapning af behandling med opioider og benzodiazepiner
- At der ved udskrivelse er taget stilling til samtlige ordinationer i medicinsystemet og såfremt indlæggelsen har medført ændringer i patientens medicinering og at dette er ajourført med FMK

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

↑ **Tilbage til oversigt**

Overgange i patientforløb

12: Interview om håndtering af parakliniske undersøgelser

Tilsynsførende interviewer relevant personale, der håndterer parakliniske undersøgelser, herunder patologisvar på behandlingsstedet om, hvorvidt undersøgelserne bliver håndteret patientsikkert.

Ved interview skal det fremgå, at der som minimum er procedurer for:

- at det sikres, at prøven er mærket korrekt
- at der bliver fulgt op hvis der ikke kommer rettidigt svar på alle ordinerede undersøgelser, og at ansvaret for denne opfølgning er entydig
- at ordination, evt. rykkerprocedure, og undersøgelsesresultat journalføres
- at patienten informeres om afvigende svar, når disse har væsentlig betydning for udredningen/behandlingen af patienten

Referencer:

[Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31/05/2011](#)

↑Tilbage til oversigt

13: Journalgennemgang med henblik på vurdering af opfølgning på resultat af parakliniske undersøgelser

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er fulgt op på afvigende resultater af parakliniske undersøgelser.

Det vurderes, om svar på relevant akut billeddiagnostik foreligger rettidigt, og om der bliver taget stilling til resultatet heraf.

Endvidere undersøges det, om der er fulgt op og kommenteret på væsentligt afvigende resultater med diagnostiske og behandlingsmæssige overvejelser, og om der ved behov er fulgt op med ny prøve. Det vurderes, om udskrivende sygehus/afdeling har taget stilling til opfølgning på afvigende parakliniske fund efter udskrivelse og uventede svar på bifund.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31. maj 2011](#)

↑Tilbage til oversigt

14: Interview med henblik på overlevering af information mellem sundhedspersoner og ved overflytning mellem afdelinger/afsnit

Tilsynsførende interviewer læger og sygeplejersker om hvorvidt de oplever, at der bruges sikker kommunikation i forbindelse overleveringer og videregivelse af vigtig information om patientens tilstand mellem de sundhedspersoner, som deltager i behandling af patienten.

Det afklares endvidere, om der er patientsikre procedurer for overflytning af patienter mellem afdelinger/afsnit, hvor al relevant sundhedsfaglig information videregives således, at status for patienten kan følges på den modtagende enhed og relevant medicinering videreføres.

Personalet på den *overflyttende afdeling* skal sikre videregivelsen af oplysningerne til den modtagende afdeling, herunder overlevering af oplysninger om medicin, vitalparametre m.m. Det sikres, at informationen er opdateret og følger patienten.

Personalet på den *modtagende afdeling* skal sikre, at der følges op på behandlinger, observationer og øvrige planer iværksat inden overflytning.

Ved interview er der fokus på:

- Om der benyttes en struktureret tilgang til sikker kommunikation, fx. Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd (ISBAR) ved overlevering af kritiske oplysninger
- Hvordan overflyttende afdeling sikrer kontakt til den modtagende afdeling
- Hvilke informationer, der videregives til den modtagende afdeling
- Hvordan overflyttende afdeling sikrer, at vigtige oplysninger følger patienten
- Hvordan modtagende afdeling sikrer, at der bliver fulgt op på udeståender
- Hvordan det sikres, at informationer af betydning for overblikket over patientens tilstand er tilgængelige for alle faggrupper på tværs af afdelinger
- Procedurer ved overflytning til anden matrikel, herunder patientens status, ledsagelse, dialog med modtagende afdeling

Vurderingen baseres på interview med sundhedspersoner fra den afdeling, som det aktuelle tilsyn vedrører. Eventuel afvigelse på anden afdeling, vurderes ikke i denne tilsynsrapport.

Referencer:

[Autorisationsloven \(Kapitel 5, paragraf 17: Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 1141 af 13. september 2018](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

15: Journalgennemgang med henblik på vurdering af sikker overlevering mellem afdelinger/matrikler

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om det fremgår, hvorfor patienten er flyttet og hvilken status patienten har ved overflytningen.

Al relevant sundhedsfaglig information videregives ved overflytning af en patient. Personalet på den overflyttende afdeling skal sikre videregivelsen af oplysningerne samt at informationen er opdateret og følger patienten. Det skal sikres, at der er sket overlevering af oplysninger om medicin, m.m. ved overflytning fra en afdeling/et afsnit til en anden.

Ved overflytning mellem matrikler skal følgende fremgå af journalen:

- Indikation for overflytningen
- Patientens status
- Henvisende læge
- At den modtagende afdeling har accepteret modtagelse

Personalet på den modtagende afdeling skal sikre, at der følges op på behandlinger og øvrige planer iværksat inden overflytning.

Ved gennemgang af journaler er der fokus på om:

- modtagende afdeling har fulgt op på behandlingsplaner (ordinationer, henvisninger, behandlingsjusteringer m.v.) iværksat inden overflytning
- der foreligger notater om opfølgning på målte afvigende parakliniske undersøgelser, somatisk komorbiditet samt på udvikling heri

Ovenstående vurderes ved overgange mellem akutmodtagelser, sengeafdelinger, operationsafsnit og mellem matrikler.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

16. Journalgennemgang om sammenhæng i patientforløb ved udskrivelse

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om overlevering af sygeplejefaglig dokumentation ved udskrivelse fra sygehus til primærsektor eller ved udskrivelse til kommunen til fortsat pleje og/eller behandling i kommunalt regi er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig.

Den sygeplejerske, der har ansvar for udskrivelse til kommunen, har også ansvaret for at sikre videregivelse af oplysninger, at disse oplysninger er opdaterede, og at de følger patienten. Indhold og omfang af overlevering vil være afhængig af den enkelte patients situation samt niveau for involvering af primærsektor og oplysningene skal danne et patientsikkert grundlag for arbejdet i modtagende sektor.

Af journalen fremgår at:

- udskrivningsrapporten beskriver alle relevante forhold vedr. patientens videre pleje og behandling (fx oplysninger om stomipleje)

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1286 af 2. november 2018, kapitel 5, Patienters medinddragelse i beslutninger](#)

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 530 af 24. maj 2018](#)

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

↑Tilbage til oversigt

Øvrige fund

17: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici
Referencer: Bekendtgørelse af sundhedsloven (§ 213 og § 215 b) LBK nr. 1286 af 2. november 2018

↑**Tilbage til oversigt**

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

BAGGRUND

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et risikobaseret tilsyn³. Styrelsen har forpligtelse til at gennemføre tilsyns- og læringsaktiviteter for alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Styrelsen udvælger temaer og målepunkter risikobaseret ud fra en vurdering af, hvor hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper. Styrelsen udvælger i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn, på stikprøvebasis som led i afdækningen af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Styrelsen arbejder løbende på også at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

I 2019 er temaerne diagnostik og behandling med særligt fokus på det kirurgiske område samt sårbare patienter på de behandlingssteder, hvor det er relevant. Derudover vurderes generelle forhold som journalføring og hygiejne.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på styrelsens hjemmeside under [Det risikobaserede tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

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

Tilsynet

Tilsynsbesøget sker normalt efter varsling af behandlingsstedet minimum 6 uger før besøget. Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, adgang til at inspicere behandlingsstedet mod behørig legitimation og uden retskendelse⁵. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Personalet har pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger⁶.

Tilsynsbesøgene tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter, som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter for tilsynet kan ses på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk under Målepunkter. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., der vil blive lagt vægt på.

Styrelsen undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt⁷. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger. Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet, hvis det er relevant, fremsende materiale i henhold til eventuelle henstillinger om handleplan eller krav med påbud.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen den handleplan eller anden dokumentation, som eventuelt er fremsendt, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt styrelsen har modtaget materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt målepunkterne. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynet på styrelsens hjemmeside under Tilsynsrapporter.

Behandlingsstedet har pligt til at offentliggøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside. Tilsynsrapporten skal desuden gøres umiddelbart tilgængeligt på behandlingsstedet. Det skal ske i samme periode, som rapporten er offentliggjort på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside⁸.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på styrelsens hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk⁹.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

⁹ 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 følgende kategorier:

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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

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

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.¹⁰

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹¹, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt. Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for patientsikkerheden, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give henstilling om at behandlingsstedet skal foretage visse sundhedsmæssige ændringer. Hvis der konstateres større problemer af betydning for patientsikkerheden, får behandlingsstedet et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden, gives der påbud om, at behandlingsstedet helt eller delvist skal indstille virksomheden. Det er ikke et individtilsyn, hvor den enkelte sundhedsperson er genstand for tilsynet.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor styrelsen under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan styrelsen indlede en individtilsynssag. I givet fald opretter styrelsen en separat sag, hvor styrelsen – ligesom i øvrige individtilsynssager – vil oplyse sagen nærmere med indhentning af journaler, redegørelser, inddragelse af sagkyndige og samtale med den pågældende sundhedsperson, som har ret til bisidder. Sanktioner i individtilsynet kan ses på styrelsens hjemmeside. Disse sanktioner kan imidlertid ikke komme på tale som resultat af et organisationstilsyn, idet der er tale om en anden lovgivning.

¹⁰ Se sundhedsloven § 215 b

¹¹ Se sundhedsloven § 213, stk. 1