



# Tilsynsrapport Akutafdelingen, Slagelse Sygehus, NSR-Sygehuse

Opfølgende tilsyn 2021

**Akutafdelingen, Slagelse Sygehus, NSR-Sygehuse  
Ingemannsvej 18**

**4200 Slagelse**

CVR- eller P-nummer: 338001000016005

Dato for tilsynsbesøget: 10. marts 2021

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst, Styrelsen for Patientsikkerhed

Sagsnr.: 35-2011-5776

# 1. Vurdering

---

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 10-03-2021 vurderet, at behandlingsstedet falder i kategorien:

**Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden**

Ved tilsynet den 10. marts 2021 undersøgte styrelsen patientsikkerheden på akutafdelingen i relation til otte målepunkter, der tidligere var konstateret uopfyldt. Se nærmere under begrundelsen for tilsynet.

Vi konstaterede ved tilsynet den 10. marts 2021 at akutafdelingen nu fremstod velorganiseret med gode procedurer og en høj grad af systematik, og der blev ikke identificeret problemer af betydning for patientsikkerheden.

Styrelsen afslutter hermed tilsynet.

## 2. Formål og forløb

---

### Baggrund og formål for tilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed fremsendte d. 10. februar 2021 høring over påbud til Akutafdelingen Slagelse Sygehus, NSR-Sygehuse, efter reaktivt tilsynsbesøg den 17. september 2020 og den 23. september 2020 med henblik på sikre:

1. forsvarlig varetagelse af lægeforbeholdt virksomhed når der anvendes medhjælp hertil, herunder en tilstrækkelig beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold, fra dato for endelig afgørelse.
2. forsvarlig varetagelse af patienter, der er triageret orange, herunder instruktion af personalet heri og udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold, fra dato for endelig afgørelse.
3. forsvarlig håndtering af svar på parakliniske undersøgelser, herunder implementering af instruksen herfor, fra dato for endelig afgørelse.

De tre punkter omfatter de målepunkter, hvor styrelsen havde vurderet, at det ville være nødvendigt at stille krav til forbedring af patientsikkerheden. Det drejer sig om otte ud af de i alt 17 målepunkter, som blev gennemgået ved tilsynet den 17. og 23. september 2020. Tilsynet blev tilrettelagt med henblik på at vurdere følgende i relation til de pågældende målepunkter, der beskrives i sin helhed i afsnit 5. Bilag.

- Om der er klarhed over ansvars- og opgavefordelingen og at de rette kompetencer er tilstede døgnet rundt med henblik på at udføre patientsikker behandling (målepunkt 1 og målepunkt 7)
- At der er retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende (målepunkt 1)
- At vikarer systematisk introduceres til det sundhedsfaglige arbejde (målepunkt 2)
- At der er taget stilling til brugen af konkrete delegationer og rammedelegationer på stedet (målepunkt 3)
- At der foreligger fyldestgørende instrukser for rammedelegation af lægeforbeholdt virksomhed (målepunkt 6)
- At bagvagt og/eller mellemvagt er tilstede, når forvagter modtager kritisk syge patienter (målepunkt 8)
- At behandling af patienter påbegyndes rettidigt i henhold til egen instruks (målepunkt 10)
- At der er en ensartet og sikker procedure for håndtering af prøvesvar (13)

Styrelsen modtog høringssvar den 1. marts 2021 med angivelse af, hvilke tiltag der var iværksat for at rette op på forholdene, og bilag i form af instrukser fra Akutafdelingen, Slagelse Sygehus, NSR-sygehuse. Det fremgik at akutafdelingen havde arbejdet systematisk med at forbedre og rette op på forholdene, siden tilsynet fandt sted. På den baggrund fik styrelsen en begrundet formodning om, at der ikke længere var grundlag for at udstede et påbud. Det blev derfor besluttet at gennemføre et nyt tilsyn med fokus på de områder, som høringen over påbuddet omfattede.

Tilsynet blev varslet den 3. marts 2021 og gennemført den 10. marts fra kl.9.30 til kl.15.00.

## Høringsvar

Høringssvaret beskrev de tiltag, som ledelsen har taget for at efterleve det påbud, der var partshørt over, og fundene i høringsrapporten.

Det fremgår, at der er udarbejdet og arbejdet på at implementere retningslinjer i forhold til at sikre forsvarlig varetagelse af lægeforbeholdt virksomhed, når der anvendes medhjælp hertil, herunder en fyldestgørende beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold. Det er sikret, at medicinstuderende og yngre læger har forstået og læst de gældende retningslinjer ved systematisk opfølgning med krav om kvittering for modtagelse og læsning af fremsendte instrukser. Ligeledes er der udarbejdet retningslinjer samt arbejdet på at implementere konkrete delegerationer og rammedelegerationer i afdelingen.

Der er iværksat systematisk introduktion til det sundhedsfaglige personale.

Med henblik på at sikre forsvarlig varetagelse af patienter, der er triageret orange fremgår det, at der er iværksat og implementeret retningslinjer så procedure og ansvarsområde er beskrevet tydeligt. Der er udviklet og indført kompetencekort som led i undervisninger af KBU-læger, hvilken varetages af en speciallæge med akuterfaring samt sikret mulighed for supervision af seniorlæge.

Der er blevet ansat flere speciallæger i afdelingen og der vil fremover blive foretaget månedlig audit på tidspunkt for påbegyndt behandling.

Der var arbejdet på at sikre forsvarlig håndtering af svar på parakliniske undersøgelser, herunder implementere ny skriftlig procedure. To reservelæger er udpeget til gennemgang af Inbasket ugentligt under supervision af speciallæge.

Det fremgår af høringsvaret, at akutafdelingen har arbejdet på at sikre, at der er klarhed over ansvars- og opgavefordeling, og at de rette kompetencer er til stede døgnet rundt med henblik på at udføre patientsikker behandling. Alle funktionsbeskrivelser for lægegruppen og medicinstuderende er blevet opdateret og implementeret og det fremgår at det er sikret, at retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende er blevet opdateret og implementeret. Der er iværksat og implementeret kontrasignatur af relevant autoriseret sundhedsperson i relation til delegation af sundhedsfaglig virksomhed, herunder ved varetagelse af orange kald og parakliniske undersøgelser.

Det beskrives endvidere, at der er arbejdet på at implementere dokumentation for fyldestgørende epikrise og at der vil fremover være fokus på indskærpelse over for lægerne i henhold til gældende tværregional instruks.

## Metode og materiale

Som grundlag for vurdering af patientsikkerheden blev *følgende kilder* anvendt:

- Fælles indledende møde med sygehusledelsen og afdelingsledelsen
- Skriftlig materiale i form af faglige instrukser, arbejdsgangbeskrivelser og støttemateriale til brug for behandling (kompetencekort, behandlingsoversigter med videre)
- Gennemgang af syv journaler vedr. de seneste akut indlagte medicinske patienter, som blev triageret orange ved indlæggelsen
- Interview af afdelingsledelsen, Akutafdelingen
- Interview af yngre læger med deltagelse af to mellemvagter og tre forvagter med forskellig ansættelsesvarighed i akutafdelingen
- Interview af yngre læger med deltagelse af to bagvagter med forskellig ansættelsesvarighed i akutafdelingen
- Afsluttende møde med umiddelbar feedback til sygehusledelsen og afdelingsledelsen

Følgende reviderede og nye *instrukser samt øvrige dokumenter*, fremsendt i forbindelse med høringen, indgik i tilsynet:

*Instrukser m.v. vedrørende ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer og studerende:*

- Ansvarsforhold, arbejdsområde og delegation for timelønnede medicinstuderende (A-holdet) (D4-334852)
- Orange kald til Akutafdelingen (D4-258953)
- Triage og observation af patienter i Akutafdelingen (D4 – 248337)

*Instrukser m.v. vedrørende introduktion, delegation og arbejdstilrettelæggelse*

- Introduktion af KBU-intro-og hoveduddannelseslæger samt timelønnede medicinstuderende (A-holdet i Akutafdelingen Slagelse (D4- 653924)
- Introduktionsprogram for A-holdet
- Introduktionsmateriale. For KBU-læger, AP-læger, timelønnede medicinstuderende (A-holdet) I og H læger i akutmedicin ved Akutafdelingen, Slagelse Sygehus
- SP-Tjeklister til anvendelse ved start af vikarer på A-holdet i Akutmodtagelse og ved start i den medicinske del, når de har føl vagter
- Forstærket introprogram for KBU –læger (D-653924)
- Funktionsbeskrivelser – lægefaglige (D-600729)
- Ansvarsforhold, arbejdsområde og delegation for timelønnede medicinstuderende (A-holdet) (D-334852)
- Orange kald i Akutafdelingen (D-258953)
- Triage og observation af patienter i Akutafdelingen (248337)
- Kompetencekort for Orange kald til MV
- Lomme kort til Orange kald- qABCD (D4-258953)

*Instrukser m.v. vedrørende lægeforbeholdt virksomhed*

- Delegeret medicin til timelønnede medicinstuderende (A-holdet) Akutafdelingen, Slagelse
- Delegation på Akutafd. – sygeplejefaglig instruks (D281916)
- Delegeret medicin til sygeplejersker, Akutafdelingen Slagelse
- Delegeret medicin for social- og sundhedsassistenter, Akutafdelingen Slagelse
- Delegeret intervention – udredning og behandling for sygeplejersker (en oversigt)
- Delegeret intervention – udredning og behandling for social – og sundhedsassistenter (oversigt)
- Kompetencekort vedr. transurethral blærekateter. Kateter a demure (KAD)
- Kompetencekort vedr. perifert venekateter (PVK)

*Instrukser m.v. vedrørende håndtering af parakliniske undersøgelser*

- Rettidig reaktion på prøvesvar(D4-259921)
- Skriftlig procedure for håndtering af Inbasket

### 3. Fund

#### Behandlingsstedets organisering og faglige fokuspunkter

| Målepunkt |  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer  |
|-----------|--|---------|--------------|--------------|--|
| 1:        | Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold                                     | X       |              |              | <p>Ledelsen oplyste, at der med brug af flere tiltag er blevet arbejdet på at styrke lægernes i kompetencer og på at sikre en klar opgave- og ansvarsfordeling.</p> <p><i>Der henvises til efterflg. afsnit for supplerende oplysninger fremkommet ved interview.</i></p>  |
| 2:        | Interview af ledelsen om introduktion og arbejdstilrettelæggelse                           | X       |              |              | <p>Ledelsen oplyste, at der er sket en opkvalificering af introduktion af alle nye læger og de medicinlægestuderende, der fungerer på A-holdet.</p> <p>Det blev endvidere oplyst, at der har været arbejdet på at sikre at dokumentation af behandlingsstart i SP sker inden for 10 min., men at data ikke altid er retvisende, fordi den kliniske behandling af patienter prioriteres forud for dokumentation af behandlingsstart. Ledelsen planlægger at erstatte monitorering i SP med bed-side audit, hvor kvalitetsmedarbejder periodevis monitorerer tidsrummet ved at observere praksis ved patientens seng.</p> <p><i>Der henvises til efterflg. afsnit for supplerende beskrivelse af oplysninger fremkommet ved interview.</i></p> |
| 3:        | Interview af ledelsen om delegation af lægeforbeholdt virksomhed.                          | X       |              |              | <p>Det blev oplyst, at der er sikret systematisk tilsyn med varetagelsen af delegerede opgaver og at metoden fremgår af den lokale instruks vedr. delegation af lægeforbeholdt virksomhed.</p>   |
| 6:        | Gennemgang af skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og rammedelegationer for | X       |              |              | <p>Der foreligger nu de nødvendige instrukser med fyldestgørende indhold vedr. delegation af medicin og øvrige lægeforbeholdte opgaver samt instruks</p>   |

|     |  |   |  |  |  |
|-----|--|---|--|--|--|
|     | delegeret lægefaglig virksomhed.   |   |  |  | som fyldestgørende redegør for de medicinstuderendes ansvar og opgaver.  |
| 7:  | Interview af medarbejdere om ansvars- og kompetenceforhold                         | X |  |  | Lægerne gav udtryk for, at der var kommet klar opgavefordeling i forhold til vagtarbejde, håndtering af orange kald og varetagelse af opfølgning på svar på parakliniske undersøgelser. De bekræftede, at medicinstuderende altid skal se patienter triageret orange sammen med superviserende læge på stuen. Endvidere at såfremt KBU-læge ikke har opnået kompetencekort vedr. Orange kald skal supervisor udarbejde et AKA-vurderingsnotat inkl. tilhørende best/ord. |
| 8:  | Interview af medarbejdere om introduktion, delegation og arbejdstilrettelæggelse   | X |  |  | Lægerne udtrykte tilfredshed med den opgraderede introduktion og den styrkede lægebemanding generelt og i særdelshed i vagterne, hvor der nu er to bagvagter tilstede.<br><br>Det blev oplyst, at det altid er muligt at få tilkaldt en mere erfaren kollega indenfor kort tid.  |
| 10: | Journalgennemgang om vurdering, behandlingsplan og overvågning af klinisk tilstand | X |  |  | Tidspunkt for behandlingsstart fremgik af samtlige syv gennemgåede journaler.<br><br>Lægerne oplyste, at dokumentation af behandlingsstart i SP ikke altid gøres tidstro, fordi det har været nødvendigt at varetage patientbehandling. Det indebærer at tidsrammen på 10 min ved orange kald nogle gange overskrides.   |

## Overgange i patientforløb

| Målepunkt |   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer  |
|-----------|---|---------|--------------|--------------|--|
| 13:       | Interview af medarbejdere om håndtering af parakliniske undersøgelser | X       |              |              | Lægerne oplyste, at arbejdsproceduren med kvittering af ikke-kritiske undersøgelses svar nu var effektiviseret og en prioriteret opgave. |

|  |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  |  | Andelen af ikke-kvitterede svar monitoreres løbende og det fremgik af de data der blev fremvist på tilsynet, at antallet af ikke-kvitterede svar var faldet drastisk og nu lå på et acceptabelt niveau. |
|--|--|--|--|--|---|

## Supplerende oplysninger fremkommet ved interview af ledelsen

*Oplysningerne er fremkommet ved det indledende møde med sygehusledelsen og ledelsen af Akutafdelingen samt det efterfølgende interview af afdelingens ledende overlæge og ledende oversygeplejerske.*

### Indledende møde med sygehusledelse og afdelingsledelse

Det blev indledningsvist oplyst, at der efter tilsynet i september 2020 har været arbejdet systematisk på at forbedre forholdene for patienter og medarbejdere med særligt fokus på patientsikkerheden. Som led heri har det været et indsatsområde at styrke kompetencerne og skabe klarhed over opgaver og ansvar med henblik på at personalet kender deres rolle og handlemuligheder.

Alle vagtlag og plejepersonale har arbejdet med tværfagligt samarbejde og der er sikret de nødvendige kompetencer i bagvagtslaget, hvilket har løftet fagligheden og givet tryghed for de øvrige personale. Der har været betydeligt fokus på at håndtere de orange kald patientsikkert.

### Målepunkt 1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold og målepunkt 2. Interview af ledelsen om introduktion og arbejdstilrettelæggelse.

Supplerende oplysninger:

- Der er ansat flere speciallæger og sikret et kompetenceløft i gruppen med læger med akuterfaring og langtidsansatte vikarer. Der er aktuelt besat 10 ud af 16 stillinger.
- Der nu er to bagvagter hele døgnet; en speciallæge og en uddannelseslæge.
- Forud for ansættelsen får KBU læger tilbud om en supplerende introduktion med henblik på at forberede dem på et faglige arbejde i akutafdelingen. Der har været fem rul siden seneste tilsyn, hvor to-fire personer deltager pr. gang. Der er gode erfaringer og tiltag skal løftes over i almindelige introduktion.
- Medicinstuderende på "A-holdet" får den samme introduktion som KBU-læger, bortset fra undervisning i ABCD-principperne
- "Grønspætte bogen" som introduktionsmateriale til yngre læger er nu afskaffet. Den er erstattet af et selvstændigt dokument, som redegør for introduktionen af nye læger og det faglige indhold er erstattet med instrukser og andre retningsgivende dokumenter i dokumentstyringsystemet D4
- Der er etableret en kvitteringsordning i D4 hvilket indebærer, at ledelsen har indsigt i om medarbejderne har læst instrukserne. Det omfatter også de medicinstuderende og plejepersonalet.
- I introduktionsprogrammet er der afsat tid til målrettet læsning af D4 instrukser
- Der er sikret klarhed over ansvars- og opgavefordeling herunder ved brug af vikarer og studerende i forhold til varetagelse af bagvagtsfunktioner og orange kald
- Der er udviklet badges til brug for A-holdet og støttekort, der beskriver ansvar og fremgangsmøde for kontrasigtering



- Kun fastansatte speciallæger kan varetage funktionen som BV1
- Medicinstuderende på A-holdet må ikke håndtere orange kald alene. Der skal altid være tilstedeværelse ved en autoriseret læge (KBU, MV eller BV). A-holdet kan varetage patienten, hvis der triageres ned til gul eller grøn.
- Der er etableret en ordning med kompetencekort til brug for KBU-lægers selvstændige varetagelse af orange kald. Dette indebærer bl.a. at de skal have gennemført et antal orange kald med supervision på stuen af erfaren læge før de må stå alene med patienten. KBU læger giver udtryk for tilfredshed med den beslutning.
- Håndteringen af orange kald drøftes regelmæssigt på møder i lægegruppen med fremlæggelse af cases.
- Dokumentation i journalen af tidsgrænsen på 10 min. til lægefremmøde ved orange kald kan ikke altid gennemføres, da behandling af patienten ofte prioriteres og data derfor ikke registreres tidstro. Lægerne skal tilbagedateret tiden, når de efterfølgende dokumentere, hvilket kan være vanskelig at se i SP.

### **Målepunkt 3. Interview af ledelsen om delegation af lægeforbeholdt virksomhed**

Supplerende oplysninger:

- Medicinlisten for delegeret medicin er revideret. Den indeholder nu færre lægemidler og instruksen er mere fyldestgørende fordi der bl.a. er beskrevet kontraindikationer. Der er nu adskilte instrukser for social- og sundhedsassistenter (SSA), sygeplejersker og medicinstuderende. SSA gruppen må ikke længere give iv. medicin og der er justeret i præparaterne så færre præparater må delegeres.
- Der er ansat kliniske farmaceuter i afdelingen. De foretager medicingennemgang på indlagte patienter og rådgiver ordinerende læger om rationel og hensigtsmæssig farmakoterapi. Ved gentagne tilfælde af uhensigtsmæssige ordinationer kontaktes ledelsen.
- Der er udarbejdet og implementeret instrukser for delegation af mindre operative indgreb (i.v. adgang, urinvejskateter, ventrikelsonde m. m) til medicinstuderende, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

### **Supplerende oplysninger fremkommet ved interview af medarbejderne**

*Oplysningerne er fremkommet ved interview af tre forvagter (FV), tre mellemvagter (MV) og tre bagvagter (BV) med forskellig ansættelsesvarighed.*

### **Målepunkt 7. Interview om ansvars- og kompetenceforhold og målepunkt 8 om introduktion, delegation og arbejdstilrettelæggelse.**

Supplerende oplysninger:

- Journalnotat, medicingennemgang og FMK afstemning ved medicinstuderende skal sammen med svar fra parakliniske undersøgelser sendes til kontrasignering hos superviserende læge i Inbasket
- Mellemvagter får nu systematisk 1 uges introduktion sammen med KBU lægerne. Der er endvidere sikret følgevagter.
- Der er nu sikret en procedure, som indebærer at forvagterne forud for ansættelse tilbydes et forstærket introduktionsforløb dvs. introduktion og undervisning før start i afdelingen. De læger, der har deltaget i et forstærket introduktionsforløb, gav udtryk for at de var trygge ved at starte i afdelingen.

- Der havde været undervisning og supervision af speciallæge i akutmedicin, hvilket havde styrket kompetencerne i lægegruppen. Desuden var der udarbejdet plancher, lommekort og kompetencekort til forvagter.
- Der var ansat flere speciallæger i afdelingen, hvilket havde øget muligheden for faglig sparring, når der var behov.
- Det var nu tydeligt beskrevet hvilke lægeforbeholdte procedurer, som var delegeret til medicinstuderende og plejepersonale og listen med delegeret medicin var ajourført. Desuden var der ansat kliniske farmaceuter, som gennemgik indlagte patienters medicinliste.

### **Målepunkt 13. Interview af medarbejderne om håndtering af parakliniske undersøgelser**

Supplerende oplysninger:

- Der var udarbejdet tydelige instrukser som beskrev procedurer for håndtering af svar på parakliniske undersøgelser og der var allokert reservelæger som flere gange ugentlig gennemgik Inbasket for prøvesvar samt håndterede disse.
- I fald det var tidsmæssigt muligt blev der dokumenteret for prøvesvar i vagten.

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om Akutafdelingen og lægebemandingen

Akutafdelingen modtager akutte patienter fra optageområde med undtagelse af patienter med specifikke sygdomme, som visiteres til andet sygehus efter gældende visitationsretningslinjer, herunder patienter med tegn på apopleksi eller anden neurologisk lidelse, der visiteres til behandling på SUH Roskilde. Forventet liggetid er op til 48 timer i afdelingens senge. Patienter med forventet liggetid > 48 timer tilstræbes hurtigt overflyttet til relevant stamafdeling.

- Afdelingen råder over skadestue samt 56 døgnåbne modtage- og observationssenge.
  - I stueetagen er der skadestuefunktion, visitation (modtagelse og triage), traumegang og to arbejdsstationer med i alt 17 senge.
  - På 1. salen er der seks arbejdsstationer med 6-7 senge pr. arbejdsstation, i alt 39 senge.
- Afdelingen ledes af ledende overlæge Jes Niels Braagaard og ledende oversygeplejerske Christian Jørgensen.
- Lægenormeringen er
  - 36,4 læger under uddannelse, hvoraf 46,0 var besatte ved det opfølgende tilsyn.
  - 15,7 speciallæger (afdelingslæger/overlæger) hvoraf 10,67 var besatte ved det opfølgende tilsyn.
- Lægerne dækker vagtfunktioner både i stuen og på 1. sal og der kan trækkes på ressourcer mellem funktionerne ved behov. BV-funktionen i stueetagen bliver altid dækket af eget personale, mens vakancer i BV-funktionen på 1. salen bliver dækket af vikarer.
- I dagtid på hverdage er der tilknyttet en geriatrisk og en lungemedicinsk læge (fase III HU-læge eller speciallæge) fra medicinsk afdeling.

### Om tilsynet

Tilsynet blev gennemført som et opfølgende tilsynsbesøg. Nærmere beskrivelse heraf fremgår af afsnit 2.

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Sygehusdirektør Niels Reichstein
- Vicedirektør Henrik Stig Jørgensen
- Ledende overlæge Jes Braagaard, Akutafdelingen
- Ledende oversygeplejerske Hans Christian Jørgensen, Akutafdelingen
- Kvalitetskonsulent Lis Bülow, Kvalitetsafdelingen

Tilsynsbesøget blev foretaget af:

- Oversygeplejerske Helle Mahler
- Overlæge Jens Møller Rasmussen
- Overlæge Janne Lehmann Knudsen

## 5. Bilag

# Uddybning af målepunkter

### Behandlingstedets organisering

#### 1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

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

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- At det sikres at der er overensstemmelse mellem personalets kompetencer og deres opgaver
- At der er klar ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder ved brug af vikarer og studerende
- At det sikres at medarbejderne superviseres, når behovet er tilstede
- At der er aftaler med relevante afdelinger om tilsyn og behandling ved behov, herunder bistand ved læge/akutteam fra anden afdeling

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

Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr. 903 af 26. august 2019 §3a

#### 2: Interview af ledelsen om introduktion og arbejdstilrettelæggelse

Tilsynsførende interviewer ledelsen af akutafdelingen om introduktion og arbejdstilrettelæggelse for de forskellige personalegrupper, der er involveret i modtagelse og behandling af akutte medicinske patienter.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at nyansatte medarbejdere og vikarer relevant introduceres til opgaveløsningen
- at arbejdstilrettelæggelsen sikrer, at der døgnet rundt er den nødvendige bemanning tilstede
- at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er tilstede ved vurdering af de akut indlagte kritisk syge patienter
- at der er stabile procedurer til håndtering af spidsbelastninger, herunder klarhed over hvem der har ansvar for prioritering.

Referencer

Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr. 903 af 26.august 2019 §3a

**3: Interview af ledelsen om delegation af lægeforbeholdt virksomhed**

Tilsynsførende interviewer ledelsen af akutafdelingen om delegation af lægeforbeholdt virksomhed ved behandling af akutte medicinske patienter.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at rækkevidden og omfanget af rammedelegation til behandling af patientgruppen er beskrevet
- at instrukserne tager højde for personalets kompetencer, herunder beskriver hvilke faggrupper, der kan anvende rammedelegation
- at personalet, herunder vikarer er instrueret og oplært heri
- at der føres relevant tilsyn med opgaveløsningen

Referencer

Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr. 903 af 26.august 2019 §3a

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

**6: Gennemgang af skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed og rammedelegationer for delegeret lægefaglig virksomhed**

Tilsynsførende gennemgår rammedelegationer ved lægedelegeret virksomhed samt instrukser for varetagelse af den sundhedsfaglige virksomhed ved behandling af akut indlagte medicinske patienter

Ved gennemgang af instrukserne skal flg. fremgå:

- Instruksens målgruppe og hvem der er ansvarlig for indhold
- De sundhedsfaglige opgaver. Det skal fremgå, at indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt
- Ansvarsforhold vedr. varetagelsen af opgaverne, herunder præcisering af hvilke personalegrupper

Følgende instrukser vurderes:

- Rammedelegationer
- Introduktion, oplæring og kompetenceudvikling af nyansat/vikarierende personale.
- Journalføring
- Triagering af akutte patienter
- Indledende lægelige og sygeplejefaglige vurderinger
- Smertebehandling
- Håndtering af parakliniske undersøgelser
- Overflytning og udskrivelse fra akutafdelingen

Referencer:

Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr. 903 af 26. august 2019 §3a

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 af forvekslinger i sundhedsvæsenet. VEJ nr. 9808 af 13. december 2013

### **7: Interview af medarbejdere om ansvars- og kompetenceforhold**

Tilsynsførende interviewer medarbejdere i akutafdelingen om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview med medarbejdere skal det fremgå:

- At der er klarhed over ansvars- og opgavefordeling, herunder ved brug af vikarer
- At ansvaret og opgaverne er i overensstemmelse med medarbejdernes kvalifikationer og kompetencer
- At plejepersonale og læger fagligt kan få faglig rådgivning når behov
- At aftaler med relevante afdelinger om tilsyn og behandling er kendt

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

### **8: Interview af medarbejdere om introduktion, delegation og arbejdstilrettelæggelse**

Tilsynsførende interviewer læger og plejepersonale i akutafdelingen om ansættelse, introduktion og arbejdstilrettelæggelse med henblik på behandling af akutte medicinske patienter.

Ved interview af medarbejderne skal det fremgå:

- At nyansatte medarbejderne herunder vikarer introduceres og superviseres i opgaveløsningen
- At der er klare rammer og stabile procedurer for delegation af lægeforbeholdt virksomhed
- At de nødvendige lægefaglige og sygeplejefaglige kompetencer er tilstede eller kan tilkaldes umiddelbart ved behov
- At der er klarhed over hvilken læge forvagter skal konferere med og hvordan det skal journalføres
- At der er stabile procedurer for, hvorledes opgaverne prioriteres ved spidsbelastninger

Referencer

Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr. 903 af 26.august 2009 §3a

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

## Faglige fokuspunkter

### **10: Journalgennemgang om vurdering, behandlingsplan og overvågning af klinisk tilstand**

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om patientens kliniske tilstand overvåges og følges op.

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

- at patienten revurderes og monitoreres i henhold til triage-manual
- at patienten tilses af læge med relevante kompetencer i henhold til de fastsatte tidsgrænser
- at behandlingsplan foreligger i overensstemmelse med afdelingens instruks

Referencer:

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

### **13: Interview af medarbejdere om håndtering af parakliniske undersøgelser**

Tilsynsførende interviewer medarbejdere i akutafdelingen, der håndterer parakliniske undersøgelser om afdelingens praksis ved håndteringen.

Ved interview af personale skal det fremgå

- at der er en systematisk procedure med henblik på at følge op på svar på alle ordinerede undersøgelser
- at der er rettidig opfølgning på klinisk betydningsfulde undersøgelsesvar, herunder radiologiske og andre parakliniske undersøgelsesvar
- at der er en struktureret tilgang til sikker kommunikation ved modtagelsen af kritiske resultater
- at patienten informeres rettidigt af afvigende svar, når de har betydning for udredningen eller plan for behandlingen af patienten
- at ordination, undersøgelsesresultater og information af patienter journalføres

Referencer:

Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31/05/2011

# Lovgrundlag og generelle oplysninger

---

## Formål

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

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

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

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

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

## Patientsikkerhed

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

---

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

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

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2



## Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>4</sup>.

## Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et reaktivt tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet<sup>5</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>6</sup>.

## Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger.

Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

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

---

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

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

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

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.<sup>7</sup>

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

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende kategorier:

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

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

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

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>9</sup>

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

---

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

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

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

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