



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Tilsynsrapport Villaen Orupgaard

Reaktivt tilsyn, 2019

**Villaen Orupgaard  
Grønsundsvej 208  
4800 Nykøbing F**

CVR- eller P-nummer: 1015738622

Dato for tilsynsbesøget: 07-11-2019

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 5-9011-6531/1

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden ikke modtaget bemærkninger til indholdet rapporten, men har modtaget bemærkninger om hvilke konkrete tiltag og refleksioner tilsynet har medført på behandlingsstedet. Bemærkninger er vurderet og taget til efterretning, men giver os ikke anledning til at revidere vores vurdering. Vi afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den 7. november 2019 vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurdering af patientsikkerheden på behandlingsstedet er baseret på følgende:

- Interview med ledelse og medarbejdere
- Journalgennemgang samt gennemgang af medicinbeholdningen for tre patienter
- Vurderingen er baseret på alle målepunkter for bosteder 2019, herunder gennemgang af instrukser

På baggrund af dette vurderer Styrelsen for Patientsikkerhed at alle målepunkter vedrørende sundhedsfaglige instrukser er opfyldt. Der var som helhed gode fyldestgørende beskrivelser af beboernes sociale og helbredsmæssige problemer og udfordringer og af de iværksatte indsatser. Der var dog mangler i beskrivelsen af beboernes aktuelle og sociale problemer under de 12 sundhedsfaglige problemområder, og der var ikke konsekvent henvist til de relaterede iværksatte indsatser og således manglede den "røde tråd" i dokumentationen på nogle områder. Der manglede en enkelt beskrivelse af aftaler med de behandlende læger samt dokumentation af samtykke. Medarbejderne kendte beboernes helbredsmæssige tilstand godt, og kunne mundtlig gøre rede for de iværksatte pleje –og behandlingsmæssige samt pædagogiske indsatser og oplyste, at der altid gives samtykke til pleje og behandling. Det er således styrelsens vurdering at journalføringen overordnet lever op til lovgivningen.

Det er styrelsens vurdering at medicin håndteringen overordnet er patientsikker og lever op til lovgivningen. Alle beboere havde fået korrekt medicin, men der manglede et korrekt handelsnavn på medicinlisten i en stikprøve, og der manglede navn på dosisæsker og enkelte medicinbeholdere der blev doseret fra. Disse mangler vurderes at være lette at rette.

Styrelsen for Patientsikkerhed drøftede ved tilsynet forholdene omkring bekymringshenvendelsen som havde foranlediget det reaktive tilsyn. Teamkoordinatoren for botilbuddet havde erkendt, at der var sket en medicin håndteringsfejl ved udlevering af medicin til en beboer og oplyste, at ledelsen havde ændret instruks

og procedurer for krav til kompetencer ved medicin håndtering, og havde ændret proceduren for udlevering af medicin til beboerne, herunder implementering af ændringer hos medarbejderne.

På baggrund af redegørelsen og Styrelsen for Patientsikkerheds øvrige fund ved det reaktive tilsyn, finder styrelsen således ikke anledning til at foretage sig yderligere i forhold til bekymringshenvendelsen. Det er samtidig styrelsens vurdering, at de mangler der blev konstateret ved tilsynet under journalføring, medicin håndtering og patienternes retsstilling er lette at rette op på.

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

## Sammenfatning af fund

Alle målepunkter under områderne "Behandlingsstedets organisering" og "Hygiejne" er vurderet opfyldt. Målepunktet vedrørende Adrenalin under "Diverse" er vurderet uaktuelt, da der aktuelt ikke gives injektioner af bostedets medarbejdere, men der foreligger instruks for brug af adrenalin som medbringes når der gives injektioner.

Der er samlet set fundet mangler i 5 målepunkter der medfører 6 henstillinger under områderne, "Journalføring", "Medicin håndtering", "Patienternes retsstilling".

Under området "Journalføring" var mangler i to af fem målepunkter der medfører to henstillinger. Der var følgende fund:

- Der var mangler under beskrivelsen af aktuelle og potentielle problemstillinger
- Der manglede dokumentation af aftaler med behandlende læger i forbindelse med Litarexbehandling og indikation for et hjælpemiddel

(målepunkt 6,7,7)

Under området "Medicin håndtering" var mangler i to af fem målepunkter der medfører to henstillinger. Der var følgende fund:

- Beboerens navn manglede på et p.n. præparat i to stikprøver
- Der var ukorrekt handelsnavn på et enkelt præparat i en stikprøve

(målepunkt 9,11)

Målepunktet under området "Patienternes retsstilling" var ikke opfyldt og medfører en henstilling: Der var følgende fund:

- I en stikprøve var det ikke dokumenteret tydeligt at der var givet samtykke

(målepunkt 14)

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynsbesøget den 7.november 2019.](#)

## Henstillinger

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 6)

- Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand (målepunkt 7)
- 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 (målepunkt 7)
- Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for medicinbehandling (målepunkt 9)
- Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten (målepunkt 11)
- 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 (målepunkt 14)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger. Styrelsen anmoder om, at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Årsagen til det reaktive tilsyn den 7. november 2019 på botilbuddet Atriumfonden-Villaen Orupgård er, at Styrelsen for Patientsikkerhed, den 17. september 2019, har modtaget en bekymringshenvendelse fra en pårørende til en beboer på botilbuddet om forholdene på botilbuddet. Af henvendelsen fremgår det bl.a., at den pårørende er bekymret, fordi beboeren flere gange har fået en anden beboers medicin. Det fremgår endvidere at bostedets medarbejdere i sommeren 2019 skulle have overset, at beboeren havde meget hævede ben med sår og, at der først blev iværksat relevant behandling af dette, efter at familien havde påpeget det. Desuden fremgår det af henvendelsen, at medarbejderne er afvisende over for beboeren, når denne henvender sig om natten, og at beboeren derfor ikke tør kontakte medarbejderne om natten.

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af bekymringshenvendelsen fundet behov for at vurdere, om der er risiko for patientsikkerheden i forbindelse med medicin håndtering og om pleje- og behandlingsindsatsen i forbindelse med beboernes helbreds mæssige problemer er patientsikker.

### Fokus for tilsyn

På baggrund af bekymringshenvendelsen har Styrelsen for Patientsikkerhed valgt at fokusere ved det reaktive tilsyn 7. november 2019 på alle målepunkter for bosteder 2019.

### 3. Fund fra reaktivt tilsynsbesøg den 7.november 2019.

↑ Tilbage til vurdering

#### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1: <u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u>	x			
2: <u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>	x			
3: <u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>	x			

#### Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4: <u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>	x			
5: <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>	x			
6: <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		x		I alle tre stikprøver var aktuelle eller potentielle problemer, vurderet, men vurderingen var enten ikke beskrevet eller beskrivelsen var ikke fyldestgørende på enkelte områder. Det drejede sig f.eks. om områderne "Bevægeapparatet", hvor brug af specialsko ikke fremgik, og om området "Udskillelse af affaldsstoffer", hvor

					<p>tendens til forstoppelse ikke var beskrevet.</p> <p>Under andre områder, f.eks. "<i>Hud-og slimhinder</i>", "<i>Psykosociale forhold</i>" og "<i>Viden og Udvikling</i>" var beskrivelsen ikke fyldestgørende. I to stikprøver var f.eks. funktionsnedsættelse og symptombeskrivelse i forbindelse med beboerens psykiatriske diagnose ikke fyldestgørende beskrevet, og der var ikke henvisning til de sundhedsfaglige og pædagogiske handleplaner, som var iværksat og beskrevet fyldestgørende i forhold til disse problemer. Således manglede den "røde tråd" i dokumentationen mellem beboerens aktuelle eller potentielle problemer og de iværksatte sundhedsfaglige og/eller pædagogisk indsats på flere områder. Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for beboernes aktuelle og potentielle problemer og for de relaterede iværksatte sundhedsfaglige og pædagogiske indsats.</p>
7:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		x		<p>I to af tre stikprøver manglede en enkelt oplysning. Der manglede indikation for brug af specialsko samt dokumentation af hvilke aftaler der var indgået med de behandlingsansvarlige læger om opfølgning, kontrol og observation af bivirkninger ved behandling med stemningsregulerende medicin, Litarex. Personalet kunne mundtligt redegøre for disse forhold..</p>
8:	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>	x			

## Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>		x		I to af tre stikprøver manglede label med patientens navn på to p.n. præparater, tbl. Pinex og Bricanyl som inhalation. Behandlingsstedet har efter tilsynet indsendt en revideret medicininstruks, hvor det fremgår tydeligt, hvordan medarbejderne skal sikre identifikation af patienten og patientens medicin.
10	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>	x			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		x		I en af tre stikprøver var ukorrekt handelsnavn i medicinlisten for tbl. Quetiapin Teva.
12:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering</u>	x			
13:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>	x			

## Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		x		I en af tre stikprøver manglede tydelig dokumentation af at der var givet samtykke. Medarbejderne redegjorde mundtligt for at der altid blev givet samtykke til pleje og behandling, herunder også før kontakt til lægen.



## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u>	x			

## Diverse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>			x	

## Øvrige fund

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

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

Atriumfonden er et privatejet og selvdrejet bofællesskab, som er godkendt til at modtage beboere med psykiatriske diagnoser f.eks. skizofreni, bipolar lidelse og borderline. Beboerne er visiteret efter servicelovens § 107 og § 108 og er fordelt i 5 huse/villaer Atriumgården, Firkløveret, Lærkereden, Villaen Orupgård samt en plads i en enkeltmandsbolig.

I det daglige ledes Atriumfonden af Forstander Per Bonde og Mette Petersen, som er souschef og autoriseret social-og sundhedsassistent. Fælles for alle husene er endvidere ansat en socialrådgiver. Derudover er ansat faste pædagogiske og sundhedsfaglige medarbejdere i hvert hus, som hjælper hinanden på tværs ved behov. Vikarer består af faste pædagoger, der kender stedets procedurer og instrukser.

Tilsynet fandt sted i Villaen Orupgård, som i det daglige ledes af i det daglige af teamkoordinator og socialpædagog Lisbeth Friis. Ved tilsynet var 5 beboere der boede i villaen og 2 udeboende beboere. Der er ansat 13 medarbejdere fordelt på 7 socialpædagoger, 1 pædagogisk assistent, 4 uddannede medarbejdere samt 1 social-og sundhedsassistent.

Journalføringen foregår elektronisk i Planner4You. Medarbejderne har adgang til FMK og fører de lokale medicinlister efter oplysninger i FMK. Det er udelukkende social-og sundhedsassistenter i Atriumfonden der er medicinansvarlige og doserer medicin hver 14. dag. De øvrige medarbejdere udleverer medicin efter at være blevet oplært i opgaven af en medicinansvarlig. Det er planlagt, at ca. 10 medarbejdere fra Atriumfonden, heraf også vikarer fra Villaen Orupgård, skal på et 3 dages medicinkursus på social- og sundhedsassistentskolen i Nykøbing F. i januar 2020. Medarbejderne gennemfører egenkontrol på om antal tabletter stemmer overens med antal tabletter i medicinlisten ved udlevering af medicinen. Souschefen i Atriumfonden gennemfører løbende audit på journalføringen.

Der samarbejdes med praktiserende læger, Distriktspsykiatrien i Maribo/Nykøbing Falster og med distriktspsykiatrisk sygeplejerske fra retspsykiatrien i Slagelse.

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg/administrativt reaktivt tilsyn. Til oplysning af sagen er anvendt:

- Fund fra det opfølgende reaktive tilsynsbesøg gennemført 7. november 2019.
- Alle målepunkter for Bosteder 2019 er anvendt ved tilsynet
- Patientjournaler for 3 beboere og medicinbeholdningen hos de samme 3 boere er gennemgået

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til: Mette Petersen, souschef og social - og sundhedsassistent Atriumfonden, en social-og sundhedsassistent fra Villaen Orupgård samt Lisbet Friis, teamkoordinator og socialpædagog på Villaen Orupgård

Tilsynsbesøget blev foretaget af Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske og Marianne Olander, sygeplejefaglig konsulent.

# 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 [Risikobaseret tilsyn](#). Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

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

## 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 til behandlingssteder](#) 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