

Tilsynsrapport

Mave- og Tarmkirurgisk Sengeafsnit - RRA

Sundhedsfagligt, planlagt - administrativt
tilsyn

Lånesenge

Mave- og Tarmkirurgisk Sengeafsnit - RRA
Skovlyvej 15
8930 Randers NØ

SOR-ID: 610141000016007

Dato for tilsynet: 02-04-2024

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

Sagsnr.: 35-2011-16222

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af det indsendte materiale vurderet, at der på **Mave- og Tarmkirurgisk Sengeafsnit - RRA** er

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på en gennemgang af tilsendt materiale.

Vi har konstateret, at alle målepunkter er opfyldt.

Styrelsen stiller ingen krav eller henstillinger til behandlingsstedet på baggrund af det aktuelle tilsyn og afslutter hermed tilsynet.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1. Gennemgang af instruks om organisering, ansvars- og kompetenceforhold for patienter i lånesenge	X			
2. Gennemgang af instruks om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver for patienter i lånesenge	X			
3. Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) for lånesenge	X			
4. Gennemgang af instruks for håndtering af parakliniske undersøgelser for patienter i lånesenge	X			
5. Gennemgang af de formelle krav til instrukser	X			

Øvrige fund

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Mave-Tarmkirurgisk sengeafsnit hører under afdelingsledelsen i Kirurgisk Fællesafdeling, hvor ledelsen består af chefsygeplejerske Alice Linderoth og cheflæge Anne-Sofie Kannerup.
- Mave-Tarmkirurgisk sengeafsnit har en funktionsledelse, som ledes af oversygeplejerske Birgitte Aborg og overlæge Peter Nerstrøm.
- Afdelingen er normeret til 26 senge og har 35 disponible.
- Antallet af indlæggelser var i 2022 på 2.300 og i 2023 på 2.492.
- Afdelingen har i 2022 haft 722 sengedage for patienter i lånesenge, hvor hver patient i gennemsnit har haft 2,5 sengedag. I 2023 har afdelingen haft 293 sengedage for patienter i lånesenge, hvor hver patient i gennemsnit har haft 1,8 sengedag.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med Lånesenge. Tilsynet var et planlagt administrativt tilsyn på baggrund af en stikprøve.

Om tilsynet

Ved tilsynet blev målepunkter for Lånesenge anvendt og følgende instrukser og andre retningsgivende dokumenter blev gennemgået:

Instruks eller andet retningsgivende dokument om organisering, ansvars- og kompetenceforhold for patienter i lånesenge:

- Samarbejdspatienter, RRA
 - Herunder: aftale vedr. medicin til samarbejdspatienter
- Håndtering af belægningssituationen, Regionshospitalet Randers
 - Herunder: belægningsstyringsaftale Regionshospitalet Randers

Instruks eller andet retningsgivende dokument om varetagelse af sundhedsfaglige opgaver for patienter i lånesenge:

- Samarbejdspatienter, RRA

Udvalgte generelle instrukser, som også gælder ift. Samarbejdspatienter

- Den patientansvarlige læge (PAL), regional retningslinje
- Behandling af den enkelte akutte patient, regional retningslinje
- TOKS, voksen, Observation og opfølgning på kritiske observationsfund, regional retningslinje
- TOKS, børn og unge, systematisk observation og risikovurdering af indlagte børn og unge på hospital, regional retningslinje
- Sygeplejestuderende ansat som timelønnede vikarer på sengeafsnit og klinikker på Regionshospitalet Randers - ansvar og kompetencer relateret til medicinhåndtering

- Den gode indlæggelse og udskrivelse, Sundhedsaftale, regional retningslinje
- Arbejdsgangsbeskrivelse - Udskrivelse fra hospital

Instruks for håndtering af parakliniske undersøgelser for patienter i lånesenge

- Samarbejdspatienter, RRA

Udvalgte generelle instrukser, som også gælder ift. samarbejdspatienter

- Rettidig reaktion på prøver og undersøgelsesresultater

Tilsynet blev foretaget af:

- Karin Birgitte Hansen, speciallæge under uddannelse

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Gennemgang af instruks om organisering, ansvars- og kompetenceforhold for patienter i lånesenge

Den tilsynsførende gennemgår instruks om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og kompetenceforhold for patienter i lånesenge

I instruksen skal det fremgå:

- at organiseringen understøtter behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver for patienter i lånesenge, herunder
 - o hvem der tager stilling til, hvilke patienter, der placeres i lånesenge,
 - o hvilke kriterier der er for, hvilke patienter, der kan og ikke kan komme i lånesenge,
 - o hvilke afdelinger der kan/skal modtage patienter i lånesenge (kapacitetskoordinering),
 - o hvilke beføjelser en evt. (flow-)koordinator har i forhold til placering af patienter i lånesenge,
 - o hvordan og hvem der har overblik over, hvilke patienter, som er i lånesenge,
 - o om der ved evt. spidsbelastning særlige procedurer.
- hvordan det sikres, at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver for patienter i lånesenge
- hvilke ansvars- og kompetenceforhold de forskellige personalegrupper, herunder vikarer og studerende, har i forbindelse med pleje og behandling af patienter i lånesenge.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)

2. Gennemgang af instruks om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver for patienter i lånesenge

Den tilsynsførende gennemgår instruks om behandlingsstedets varetagelse af sundhedsfaglige opgaver for patienter i lånesenge.

I instruksen skal det fremgå:

- hvem der har det observations-, pleje-, og behandlingsmæssige ansvar for patienter i lånesenge
- hvordan det sikres, at de rette kompetencer, medicin og udstyr er til stede i afdelinger, der modtager patienter i lånesenge
- at personale, der varetager sundhedsfaglige opgaver, instrueres i de fastlagte procedurer
- at der er fastlagt procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og -processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder for eventuelle komplikationer og akutte tilstande
- at der er fastlagt procedurer for, hvilken afdeling, der har ansvar for journalføring og opfølgning på ordinationer og vitalparametre for patienter i lånesenge i afdelingen og ved overflytning til anden afdeling
- hvordan den læge, der har behandlingsansvaret for patienten i dag-, aften- og nattevagt kontaktes
- hvordan patienter i lånesenge udskrives, herunder hvem der udarbejder udskrivningsnotat, epikrise, ajourføring af FMK, og hvem der tager kontakt til eventuel kommunal sygepleje m.v.

Referencer:

- [Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 1, §3a\), LBK nr. 1011 af 17. juni 2023](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

3. Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed) for lånesenge

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instrukser for rammedelegation(er) for forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed for lånesenge.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- at instrukserne er tilpasset personalets kompetencer, herunder beskriver hvilke faggrupper der kan anvende rammedelegationen for patienter i lånesenge og hvilken afdeling, der har ansvaret for at udarbejde rammedelegationerne mv.
- at rækkevidden og omfanget af rammedelegationer til behandling af patienter i lånesenge er beskrevet.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Veiledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17\), LBK nr. 122 af 24. januar 2023](#)

4. Gennemgang af instruks for håndtering af parakliniske undersøgelser for patienter i lånesenge

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets procedure/instruks for håndtering af parakliniske undersøgelser for patienter i lånesenge.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- hvordan der følges op på svar
- hvem der er ansvarlig for at følge op rettidigt
- at der er en procedure for information af patienter ved afvigende svar, når svarene har væsentlig betydning for udredning eller behandling
- at ordination, undersøgelsesresultat, eventuelle rykkere og information af patienter skal journalføres.

Referencer:

- [Veiledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31. maj 2011](#)
- [Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

5. Gennemgang af de formelle krav til instrukser

Den tilsynsførende gennemgår et antal sundhedsfaglige instrukser for at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser.

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- hvem der er ansvarlig for instruks
- hvilke personer/personalegrupper instruks er rettet mod
- at der er en entydig og relevant fremstilling af emnet
- at der er dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

Referencer:

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

5. Observation og læring

Behandlingsstedet er opmærksom på de udfordringer der kan være omkring samarbejdspatienter i lånesenge.

Det observeres, at der i 'Rettidig reaktion på prøver og undersøgelsesresultater' under afsnit 4 Information til patienten ikke fremgår noget om journalføring. Ved svar på betydende prøver eller undersøgelser bør det journalføres, hvilken information patienten er givet.

Det observeres, at det af "Belægningsstyringsaftalen" tydeligt fremgår – hvilken version der er tale om og hvornår den er udgivet. Der fremgår ingen oplysning om, hvornår den bør revideres og hvem der er ansvarlig herfor.

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

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

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

Baggrund

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

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

Formålet med vores administrative tilsyn er at vurdere patientsikkerheden og initiere læring ved at give behandlingsstedet anledning til at gennemgå egne instrukser eller andre retningsgivende dokumenter. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under Tilsyn med behandlingssteder. Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under Spørgsmål og svar.

¹ Se sundhedsloven § 213.

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

³ Se sundhedsloven § 5.

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

⁵ Se sundhedsloven § 213, stk. 2.

Tilsynet

Tilsynet er et administrativt tilsyn. Det betyder, at vi indhenter og vurderer materiale på skriftligt grundlag. Vi varsler tilsynet samtidig med, at vi anmoder om det nødvendige materiale til brug for tilsynet. Hvis det under sagens behandling skulle vurderes nødvendigt at foretage et tilsynsbesøg på behandlingsstedet, vil I modtage en separat varsling herom. Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsyn. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages med kortere varsel eller helt uvarslet.

Vores tilsyn tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, og dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under [Tilsyn med behandlingssteder](#). Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet. Det fremgår af målepunkterne, hvilke oplysninger mv., vi lægger vægt på.

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

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

Vi offentliggør ikke den endelige rapport, når tilsynet er gennemført som et administrativt tilsyn.

Et eventuelt påbud vil blive offentliggjort på vores hjemmeside under [Påbud til behandlingssteder](#) samt på sundhed.dk⁶.

⁶ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

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

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

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

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav, eller med krav om, at virksomheden skal indstilles helt eller delvist⁷.

Vi kan følge op på et påbud på forskellige måder afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold, eller i form af et tilsynsbesøg⁸.

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

⁷ Se sundhedsloven § 215 b

⁸ Se sundhedsloven § 213, stk. 1