



Ældrecentret Broparken  
Slotsherrens Vænge 2B, ST  
2610 Rødovre

21. december 2023  
Sagsnr.: 35-2011-14828  
Reference: MSKM  
Tlf.nr: 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

## **Afgørelse om påbud til Ældrecentret Broparken, Rødovre Kommune**

Styrelsen for Patientsikkerhed har nu truffet endelig afgørelse efter tilsynsbesøget den 24. oktober 2023.

Vi har den 27. november 2023 partshørt jer over et udkast til afgørelse om påbud efter sundhedslovens § 215 b, stk. 1.

Vi har ikke modtaget bemærkninger i den anledning.

Afgørelsen, den endelige tilsynsrapport og resuméet af påbuddet er vedlagt. Det er resuméet, I har pligt til at offentliggøre sammen med tilsynsrapporten.

### **Venlig hilsen**

Mia Karlqvist  
Juridisk Specialkonsulent

**Styrelsen for  
Patientsikkerhed**  
Sundhedsjura

Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf.nr: +45 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

[www.stps.dk](http://www.stps.dk)

Ældrecentret Broparken  
Slotsherrens Vænge 2B, ST  
2610 Rødovre



21. december 2023  
Sagsnr.: 35-2011-14828  
Reference: MSKM  
Tlf.nr: 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

## AFGØRELSE

Styrelsen for Patientsikkerhed giver på baggrund af et tilsynsbesøg den 24. oktober 2023 et påbud til Ældrecentret Broparken, Rødovre Kommune, om:

1. at sikre forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks herom, fra den 21. december 2023.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for samtlige patienter i aktuel behandling, fra den 21. december 2023.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom, fra den 21. december 2023.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Manglende efterlevelse af påbuddet straffes med bøde, jf. sundhedsloven § 272, stk. 1, medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning.

### Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 24. oktober 2023 et varslet, reaktivt tilsyn hos Ældrecentret Broparken, Rødovre Kommune. Baggrunden for tilsynet var, at styrelsen havde modtaget en bekymringshenvendelse vedrørende patientsikkerhedsmæssige forhold på stedet.

Ældrecentret Broparken et plejecenter beliggende i Rødovre Kommune, som udfører personlig pleje og praktisk bistand til 78 borgere. I plejeenheden er der ansat ca. 100 medarbejdere inden for faggrupperne

Styrelsen for  
Patientsikkerhed  
Sundhedsjura

Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf.nr: +45 72 28 66 00  
E-mail: stps@stps.dk

social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejersker, plejehjemsassistenter, sygehjælpere mv.

Plejeenheden har et samarbejde med misbrugskonsulenter, kontinenssygeplejerske, demensvejleder, akutteam, hygiejnesygeplejerske, fysio- og ergoterapeuter samt risikomanager. Der er fast tilknyttet to plejehjemslæger til stedet, som kommer hver 14. dag.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for plejeområder 2023. Målepunkterne er udtryk for de minimumskrav, som styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Ældrecentret Broparken for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Ved tilsynet blev der gennemgået tre journaler og foretaget tre medicingennemgange.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

## **Begrundelse**

### Medicinhåndtering

Ved tilsynsbesøget konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicinhåndteringen på behandlingsstedet.

### *Medicinliste*

Ved tilsynet konstaterede styrelsen, at der i alle tre stikprøver var præparater, hvor der var uoverensstemmelse mellem handelsnavnet, og det der fremgik af medicinlisten.

Det fremgår af punkt 2.5.1 i vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler (lægemiddelhåndteringsvejledningen), at lægen skal sikre, at lægemiddelordinationen er tydelig, så den, der skal varetage håndteringen af lægemidlet, er i stand til at udføre opgaven korrekt. Lægen skal derfor altid angive indikationen for behandlingen, lægemidlets navn (handelsnavnet), lægemiddelform, styrke (hvis lægemidlet findes i flere

styrker), enkeltdosis, doseringshyppighed (evt. tidspunktet), hvornår behandlingen skal seponeres/ophøre og eventuelt administrationsvejen.

Videre fremgår af punkt 2.6.2 i lægemiddelhåndteringsvejledningen, at en medhjælper, der medvirker til håndteringen af lægemidler, har journalføringspligt, og det fremgår af punkt 4.3, at alle lægemiddelordinationer skal fremgå af de lokale patientjournaler, herunder medicinlisten.

Af Styrelsen for Patientsikkerheds pjece ”Korrekt håndtering af medicin” fra 2023, fremgår også, at al den medicin, som patienten får, skal skrives på en medicinliste, og at personalet skal kontrollere, at en skriftlig ordination er korrekt dokumenteret på medicinlisten, herunder med angivelse af dato for ordination, navnet på den ordinerende læge eller på sygehuset og afdelingen, lægemidlets korrekte handelsnavn, behandlingsindikation, enkeltdosis og maksimal dosis for medicin ordineret som p.n. medicin (medicin efter behov).

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for fejlmedicinering, hvis medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret.

#### *Dispensering af medicin og mærkning*

Styrelsen konstaterede i en ud af tre stikprøver, at der var uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne, idet der var doseret et præparat for meget i en morgendosis.

Desuden blev det i en stikprøve konstateret, at der var doseret et præparat med en forkert styrke.

Herudover manglede der i to stikprøver navn og cpr-nummer på doseringsæsker med dispenseret medicin

Det fremgår af punkt 2.6.1 i lægemiddelhåndteringsvejledningen, at den medhjælper, der dispenserer et lægemiddel, er ansvarlig for, at dispenseringen er i overensstemmelse med ordinationen. Medhjælperen skal sige fra ved mistanke om fejl eller andre misforståelser, og hvis en

medhjælper er i tvivl om en lægemiddelordination, skal medhjælperen ikke administrere lægemidlet til patienten, men i stedet tage kontakt til sin nærmeste leder og eventuelt lægen med henblik på en afklaring. En medhjælper må aldrig foretage ændringer af en ordination, medmindre det sker efter aftale med en læge.

Videre fremgår det, at medhjælperen, der dispenserer et lægemiddel, er ansvarlig for, at lægemiddelbeholderen (doseringsæske, medicinbæger, ampul, sprøjte eller lignende) er mærket med patientens navn og personnummer, jf. identifikationsvejledningen (nr. 9808 af 13. december 2013). Det følger af identifikationsvejledningens pkt. 5.4.2., at ved brug af doseringsæske og andre beholdere, hvor den enkelte patients medicin opbevares særskilt, skal doseringsæsken mærkes med patientens navn og personnummer. Det fremgår også af Styrelsen for Patientsikkerheds pjeces "Korrekt håndtering af medicin", 2019, at doseringsæsker med ophældt medicin skal være mærket med patientens navn og personnummer.

Det fremgår videre af pjecen "Korrekt håndtering af medicin", at det i forbindelse med administration af medicin skal kontrolleres, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne eller dosisposerne, samt at det rigtige tidspunkt er anført på æskerne/poserne.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en alvorlig risiko for forkert eller mangelfuld medicinering, når ordinationer ikke følges, herunder når det dispenserede ikke stemmer overens med ordinationen eller angivelsen på medicinlisten, eller hvis doseringsæskerne ikke er mærket korrekt.

#### *Adskillelse af patienters medicin samt af aktuel medicin og ikke-aktuel medicin*

Under tilsynet opstod der usikkerhed vedrørende om den enkelte patients medicin var opbevaret adskilt fra de øvrige patienters medicin. Vi konstaterede, at der var trådkurve/ skuffer i medicinskabet med plads til medicin for to patienter i hver skuffe. Enkelte af skufferne havde cpr-nummer og navn på patienterne, men de fleste af skufferne fremstod uden navn. Hermed opstod en risikosituation for sammenblanding af patienternes medicin.

I en ud af tre stikprøver var et pn-præparat seponeret, men ikke opbevaret adskilt fra aktuel medicin.

Det fremgår af ovennævnte pjese, at medicin, som ikke er i brug, skal opbevares adskilt fra medicin, der er i brug (f.eks. i en plastikpose i patientens medicinboks).

Det fremgår af vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler punkt 4.1.1, at det er den administrative ledelses ansvar, at lægemidler kan opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. Det fremgår videre af pjecen, at medicin skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende i patientens bolig, i et medicinskab eller i et rum indrettet til opbevaring af medicin.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden, hvis medicin ikke bliver opbevaret forsvarligt samt hvis medicin, der ikke er aktuel for patienten, opbevares sammen med den aktuelle medicin eller når flere patienters medicin opbevares samlet, idet dette i væsentlig grad øger risikoen for, at der gives forkert medicin til den enkelte patient.

#### *Instruks for medicin håndtering*

På baggrund af de mangler der blev konstateret i medicin håndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det styrelsens vurdering, at instruks for medicin håndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser, at instrukser er et nødvendigt arbejdsredskab til styrkelse af patientsikkerhed. Det fremgår, hvornår der skal være instrukser og hvilke nærmere krav der er til disse.

Instrukserne har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Instrukser sikrer således klarhed om blandt andet hvilke procedurer personalet skal følge for, at behandlingen kan ske med den fornødne omhu og samvittighedsfuldhed.

Styrelsen skal gøre opmærksom på at ledelsen, ud over udarbejdelse af instrukser, også har ansvar for, at instrukserne er kendt af personalet, at instrukserne har en sådan udformning, omfang og placering, at de er anvendelige i det daglige arbejde, at nyansatte og vikarer introduceres til afdelingens instrukser og at påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de udarbejdede instrukser.

#### *Samlet vurdering af medicin håndteringen*

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjece "Korrekt håndtering af Medicin", 2023, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicin håndtering sker på forsvarlig vis.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at fejl og mangler i medicin håndteringen generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

Det er hertil styrelsens vurdering, at utilstrækkelig implementering af instruks for medicin håndtering rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, da der dermed ikke sikres en ensartet og patientsikker medicin håndtering. Instrukser har til formål at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

#### Sygeplejefaglige vurderinger

Det følger af vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring pkt. 5.2., at det skal journalføres, hvis en patient har aktuelle eller potentielle problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, når det har betydning for patientens tilstand/situation og fortsatte pleje og behandling. Vurderingen heraf kan foretages af en

sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og andet personale med de fornødne kompetencer, som løser sundhedsfaglige opgaver.

For hvert af de identificerede problemer og risici skal planlægning, udført pleje, behandling og opnåede resultater journalføres i nødvendigt omfang. De 12 sygeplejefaglige problemområder skal revurderes, når det er nødvendigt, fx hvis patientens tilstand ændres, og revurderingen skal i nødvendigt omfang beskrives i journalen.

De 12 sygeplejefaglige områder er:

1. Funktionsniveau, fx evne til daglig livsførelse.
2. Bevægeapparat, fx evne til at bevæge sig omkring, muskeltonus, fald.
3. Ernæring, fx appetit, tørst, kvalme, opkastning, aspirat, gylp, vægt, nedsat tyggefunktion, smerter i munden.
4. Hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andet væv, hudens udseende, kløe, tænder, protese, sår.
5. Kommunikation, fx mentalt, bevidsthedsniveau, evne til at forstå, evne til at gøre sig forståelig, evne til at anvende kropssprog.
6. Psykosociale forhold, fx abstinenser, adfærd, følelsesmæssig tilstand, mestring, misbrug, motivation, netværk, relationer, værdier, livsanskuelse, psykose/virkelighedsopfattelse, selvskade.
7. Respiration og cirkulation, fx respirationslyde, respirationsmønstre, hostekraft, ekspektorat, hudtemperatur, hudfarve, hydreringstilstand, ødem, blodtryk, cirkulationsproblemer.
8. Seksualitet, køn og kropsofattelse fx pubertet, seksualfunktion, fertilitet, menstruation, graviditet, fødsel, barsel.
9. Smerter og sanseindtryk, fx smertescore, smertelokalisation, smertetype, smertemønstre, lindrende/provokerende faktorer, høresans, lugtesans, følesans, synssans, smagssans.
10. Søvn og hvile, fx søvnmønstre, varighed af søvn, træthed, energi.
11. Viden og udvikling, fx helbredsopfattelse, hukommelse, kognitiv formåen, modenhed, vidensniveau.
12. Udskillelse – tarmfunktion og vandladning, fx flatus, afføringstrang, afføringsmønstre, afføringsudseende, afføringslugt, vandladningstrang, urinens udseende, vandladningsmønstre.

På behandlingssteder, hvor der udføres pleje og behandling, og hvor der ikke eller kun i mindre omfang er tilknyttet sundhedsfagligt personale med



ansvar for at foretage de sygeplejefaglige vurderinger, har ledelsen ansvaret for at sikre, at de 12 sygeplejefaglige problemområder vurderes, revurderes og opdateres, når det er relevant.

Under tilsynet konstaterede styrelsen, at det var gennemgående, at der var problemområder, der ikke var fyldestgørende beskrevet og potentielle problemområder, der ikke var vurderet.

Eksempelvis var problemområdet ernæring ikke beskrevet i relevant omfang i alle tre stikprøver. Der var beskrevet vitaminmangel, men ikke hvilken kostform patienten skulle have, hvor meget patient indtog og hvilke hjælpemidler, der skulle tages i brug for at få en sufficient ernæring hos eksempelvis en patient med halvsidig lammelse og neglect.

Desuden var problemområdet mobilitet ikke beskrevet i alle tre stikprøver. I to tilfælde brugte patienten kørestol, og der var ikke beskrevet, hvilken betydning en apopleksi og en infammatorisk tilstand betød for patientens mobilitet. I sidste tilfælde manglede beskrivelse af mobilitet i forhold til hoftesmerter.

Herudover var problemområdet smerter i alle tre stikprøver ikke fyldestgørende beskrevet. I en af stikprøverne var patienten ændret i smertebehandling og her manglede en beskrivelse af de neurogene smerter med hensyn til, hvor de sad og med hvilken intensitet. Hos en anden patient manglede ligeledes beskrivelse af gigtsmerter, hvor de sad og med hvilken intensitet samt om der skulle tages specielle hensyn f.eks. om morgenen. Hos den sidste patient med en psykiatrisk sygdom manglede beskrivelse af hoftesmerter.

Endelig var udskillelse i to af stikprøverne ikke fyldestgørende beskrevet, idet der ikke forelå en beskrivelse af patienternes habituelle afføringsmønster trods fast laksantia, den ene med navlebrok og den anden med en neurogen tarm.

Yderligere var der i en stikprøve ikke en beskrivelse af, hvordan KOL hos en patient, som blev indlagt med cyanose, kom til udtryk.

Der henvises til tilsynsrapporten for yderligere beskrivelse af fund.

Personalet kunne ved tilsynet ikke redegøre for ovenstående fund, og styrelsen har derfor lagt til grund, at der ikke blev foretaget de nødvendige observationer og vurderinger af patienternes problemområder.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser der skal iværksættes.

Det er videre styrelsens opfattelse, at manglende vurdering af relevante sygeplejefaglige problemområder og dokumentation heraf også kan have betydning for senere vurderinger af patientens tilstand, da der er risiko for, at der opstår tvivl om, hvorvidt et symptom inden for et område er nyopstået eller ej. Det kan medføre en forsinkelse i identifikation af et potentielt problem og deraf afledt manglende relevant pleje og behandling af patienten eller forsinkelse heraf.

Det er på denne baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

#### Journalføring

Ved tilsynsbesøget den 24. oktober 2023 kunne styrelsen konstatere, at der på Ældrecentret Broparken ikke blev ført journal i overensstemmelse med bekendtgørelse nr. 1225 af 8. juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføringsbekendtgørelsen) og vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglig journalføring.

Det fremgår blandt andet af bekendtgørelsens § 5, stk. 3, at ledelsen på et behandlingssted har ansvaret for at sikre, at personale, som handler på ansvar af en autoriseret sundhedsperson, har de fornødne kompetencer og er tilstrækkeligt instrueret i at føre journal over den udførte sundhedsfaglige virksomhed.

Det fremgår af vejledningen at enhver autoriseret sundhedsperson og andre personer, der udfører sygeplejefaglige opgaver, har pligt til at føre journal, når de som led i udførelsen af sundhedsmæssig virksomhed foretager pleje og behandling af en patient. Det fremgår også, hvad der skal og kan være nødvendigt at journalføre, når der er tale om sygeplejefaglig behandling og pleje.

#### *Systematisk og overskuelig journal*

Styrelsen konstaterede under tilsynet, at journalen ikke blev først systematisk, da det var vanskeligt at få overblik over de sundhedsfaglige notater i stikprøverne.

Det var gennemgående i alle tre stikprøver, at beskrivelsen af patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser var mangelfuld, idet der manglede en beskrivelse af tørre øjne, depression, hoftesmerter, galdesten, skæl i hår, forstoppelse, angst og navlebræk.

Ifølge vejledning om sygeplejefaglig journalføring skal journalen give en overskuelig og samlet fremstilling af patientens helbredstilstand og behov for sygepleje, så det sygeplejefaglige personale er i stand til at sætte sig ind i patientens tilstand. Journalføringen skal være entydig, systematisk, forståelig og overskuelig af hensyn til kommunikation både inden for egen faggruppe og med andre personalegrupper, der skal bruge journalens oplysninger i deres pleje og behandling af patienten.

Det er styrelsens opfattelse, at journalen skal give et systematisk og fyldestgørende overblik over patientens tilstand, så også personale, der ikke normalt varetager den enkelte patients behandling og pleje, har mulighed for at varetage plejen forsvarligt, ligesom det er nødvendigt for at understøtte kommunikationen med samarbejdspartnere.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser, da dette danner grundlaget for tilrettelæggelsen og udførelsen af den fortsatte sygeplejefaglige behandling og pleje.

#### *Aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering*

Styrelsen konstaterede, at der manglede beskrivelse af handlinger knyttet til potentielle plejeområder. Der manglede eksempelvis forebyggende tryksårsindsatser hos en overvægtig immobil patient med halvsidig lammelse. Ligeledes var der gennemgående manglende opfølgning og evaluering på aktuel behandling og pleje.

I en stikprøve manglede opfølgning på virkning af smertestillende medicin efter indlæggelse.

I en anden stikprøve manglede der opfølgning hos en patient med et tidligere stort forbrug af cigaretter og alkohol.

I en tredje stikprøve var der manglende opfølgning på en indlæggelse med en utilsigtet hændelse med medicin, hvor der manglede opdatering på patientens iltmangel på sygehuset.

Under tilsynet kunne behandlingsstedet redegøre i tilstrækkelig grad for, at der var foretaget vurderinger af de forhold, der manglede oplysninger om i journalen. Styrelsen har derfor lagt til grund, at der er tale om journalføringsmangler.

Det fremgår af ovennævnte vejledning, at for hvert af de identificerede problemer og risici skal planlægning, udført pleje, behandling og opnåede resultater journalføres i nødvendigt omfang. Sundhedspersoner skal ud fra journalen kunne få kendskab til, hvilken pleje og behandling der er planlagt, udført, resultatet samt eventuel opfølgning.

Det er styrelsens vurdering, at en korrekt og fyldestgørende dokumentation af disse oplysninger er nødvendigt for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet.

#### *Implementering af instruks for journalføring*

Styrelsen konstaterede, at der på Ældrecentret Broparken var en instruks for journalføring, men vurderer på baggrund af ovennævnte fund, at denne ikke var implementeret tilstrækkeligt.

Styrelsen skal henvise til vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser. Instrukser sikrer klarhed om ansvars- og kompetencefordelingen på stedet og har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor undladelse eller forkert udførelse umiddelbart kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Det er ledelsens ansvar, at der foreligger de nødvendige instrukser, ligesom ledelsen har ansvar for, at instruksen er kendt af personalet og for at påse, at arbejdet udføres i overensstemmelse med instruksen.

På baggrund af de konstaterede fejl og mangler i journalføringen er det styrelsens vurdering, at implementering af instruksen for journalføring er nødvendig på Ældrecentret Broparken.

#### *Samlet vurdering vedr. journalføring*

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

#### Samlet vurdering

Styrelsen vurderer, at de konstaterede fejl og mangler i relation til medicinhåndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå samt journalføring samlet set udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

#### **Offentliggørelse**

Styrelsen for Patientsikkerhed skal offentliggøre et resumé af påbuddet på styrelsens hjemmeside og på sundhed.dk. Det følger af sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt.

Det enkelte behandlingssted skal også offentliggøre resuméet af påbuddet og tilsynsrapporten på behandlingsstedets egen hjemmeside samt gøre resumé og tilsynsrapport umiddelbart tilgængelige på selve behandlingsstedet. Det følger af § 2 i bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016 om offentliggørelse af påbud givet som led i Styrelsen for



Patientsikkerheds tilsyn med sygehuse, klinikker og andre behandlingssteder og § 27 i bekendtgørelse nr. 2031 af 10. november 2021 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder mv.

### **Klagevejledning**

Der kan ikke klages over Styrelsen for Patientsikkerheds afgørelse og sagsbehandling til nogen anden administrativ myndighed, jf. sundhedsloven § 215 b, stk. 2.

Med venlig hilsen

Mia Karlqvist  
Juridisk specialkonsulent

Annemarie Roherborg  
Oversygeplejerske

### **Lovgrundlag**

Lovbekendtgørelse nr. 1011 af 17. juni 2023 om sundhedsloven

**§ 213.** Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet.

Stk. 2. Styrelsen for Patientsikkerhed gennemfører løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder nævnt i § 213 c, stk. 1, ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden.

**§ 213 b.** Styrelsen for Patientsikkerhed udarbejder en tilsynsrapport efter tilsynsbesøg udført efter § 213, stk. 1 og 2, og en årlig sammenfatning af observationer og vurderinger som følge af tilsynet efter § 213, stk. 2.

**§ 215 b.** Hvis de sundhedsmæssige forhold på et behandlingssted omfattet af tilsyn efter § 213, stk. 1 eller 2, kan bringe patientsikkerheden i fare, kan Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud til disse, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvis.

Stk. 2. Afgørelser efter stk. 1 kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed. Styrelsen for Patientsikkerhed offentliggør afgørelser truffet efter stk. 1.



**§ 272.** Medmindre højere straf er fastsat i anden lovgivning, straffes med bøde den, som undlader at efterkomme en forpligtelse efter § 202 a, stk. 1-4, § 202 b, stk.1, eller § 213 a, stk. 1, 2 pkt., § 213 c, stk. 1, eller § 215 b, stk. 1, eller som overtræder regler, påbud eller forbud udstedt i medfør af § 220, stk. 2, 3 og 7.