

Tilsynsrapport SHS Lungesygdomme Amb. (Sønderborg)

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

TeleKOL 2024

SHS Lungesygdomme Amb. (Sønderborg)
Sydvang 1
6400 Sønderborg

CVR- nummer: 29190909 SOR-ID: 504071000016003

Dato for tilsynsbesøget: 07-01-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-19319

STYRELSEN FOR



PATIENTSIKKERHED

1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **07-01-2025** vurderet, at der på **SHS Lungesygdomme Amb. (Sønderborg)** er

Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer og interview vedrørende TeleKOL ved det aktuelle tilsyn.

Behandlingsstedet fremstod sundhedsfagligt velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik, og vi identificerede ikke problemer af betydning for patientsikkerheden.

De interviewede patienter oplevede stor tryghed og tilfredshed ved at anvende TeleKOL i deres behandlingsforløb.

Vi afslutter tilsynet.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview af ledelse og personale om organisering, ansvars- og kompetenceforhold	X			
2.	Interview vedrørende samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger	X			

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Interview om overlevering og indhentning af nødvendige oplysninger	X			

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

3. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- SHS Lungesygdomme Ambulatorium, Sønderborg er en del af afdelingen Medicinsk Sygdomme.
- Lungesygdomme ambulatoriet består af: Lucas Sønderborg, Luna Sønderborg og Lung Åbenrå.
- Indsatsen for TeleKOL foregår i Luna Sønderborg.
- Afdelingen startede op med TeleKOL i februar 2024.
- Der er dedikeret to lungesygeplejersker og en overlæge til tilbuddet.
- Der indgår aktuelt 10 patienter i TeleKOL.
- Der er en overordnet målsætning om, at 10 % af TeleKOL forløb monitoreres i lungeambulatoriet og resten i kommunen.
- Afdelingens formål med TeleKOL er at patienterne får øget forståelse og evne til at handle på egne symptomer og derved blandt andet opnår: øget behandlingskvalitet, forbedret funktionsniveau, øget livskvalitet og tryghed og færre og/eller kortere konsultationer, indlæggelser og genindlæggelser.
- Henvisning til TeleKOL kan ske ad flere veje, herunder i forbindelse med indlæggelse, et ambulant besøg, eller afslutning af en anden telemedicinsk indsats fra hospital eller kommune. Egen læge kan også henvise, herunder også på opfordring fra kommunalt sundhedspersonale.
- Inklusionskriterier er blandt andet: Patienter i fast behandling for KOL, hvor diagnosen er stillet ved spirometri, to eller flere eksacerbationer og/eller 1 indlæggelse for KOL det seneste år, svært nedsat lungefunktion (FEV1<50 %), iltbehandling (LTOT)/hjemme-NIV(LTNIV), patient-motivation og forståelse for både det sundhedsfaglige- og tekniske set-up. Patienterne skal desuden have MitID.
- Eksklusionskriterier er blandt andet: Patienter med multisygdom hvor KOL ikke er den dominerende sygdom, og patienter der ikke egner sig til det telemedicinske forløb på grund af nedsat syn, hørelse, kognitiv funktionsnedsættelse mm.
- TeleKOL forløbet evalueres i tilbuddets start, efter 14 dage og igen efter to måneder, hvor referenceværdier justeres. Der indrapporteres målinger to gange ugentligt og tilbydes videosamtaler efter behov. Minimum en gang årligt ses patienten ved fysisk fremmøde ved læge og minimum 1 gang årligt over skærm.
- Der indrapporteres data som: saturation, puls, vægt, grad af åndenød, hoste, slim, rejse-sætte sig test mm.
- Videosamtaler indeholder rehabiliterende samtaleemner.
- Det er den lokale hjemmesygepleje, der har ansvaret for opsætning af teleudstyr og oplæring af patienten i anvendelsen af udstyret.
- Der er ikke integration mellem Telma og EPJ-Syd. De monitoringsansvarlige sygeplejersker på sygehusafdelingen gennemgår og indskrifer indsendte data fra Telma til EPJ-Syd to gange ugentligt.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev der anvendt målepunkter for TeleKOL 2024
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført interview med to patienter over skærm.

Ved tilsynet deltog:

- Maria Ralli, uddannelsesansvarlig overlæge og TeleKOL ansvarlig overlæge
- Helle Pors Schjelde, oversygeplejerske i Lungesygdomme
- Frans Brandt Kristensen, cheflæge i Medicinske sygdomme
- Anders Christiansen, ledende Overlæge i Lungesygdomme
- En kvalitetssygeplejerske og TeleKOL monitoreringsansvarlig sygeplejerske
- En kvalitetskoordinator ved Medicinske sygdomme.
- En kvalitetskonsulent ved Sygehus Sønderjylland

Tilsynet blev foretaget af:

- Jette Videbæk Le, afdelingslæge
- Mette Jørgensen, specialkonsulent

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelse og personale om organisering, ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen/ledelsens repræsentanter samt personale om organisering samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Ved interview af ledelse og personale er der fokus på, at der kan gøres rede for:

- kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder eventuelle rammedelegationer på behandlingsstedet
- hvordan akutte tilstande håndteres, herunder relevant henvisning - fx hvis en patient bliver fysisk og/eller psykisk akut dårlig
- hvordan der sikres patientsikker brug af apparatur og digital kommunikation.

Referencer:

- [Vejledning om ansvarsforhold m.v. ved brug af telemedicin mellem sundhedspersoner, VEJ nr. 9796 af 8. oktober 2021](#)
- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 1015 af 05. september 2024](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

2. Interview vedrørende samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger

Tilsynsførende interviewer ledelse og relevant personale, med henblik på at vurdere deres samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at der foreligger aftaler omkring behandling og kontrol af sygdomme.

Ved interview skal følgende fremgå:

- Hvorledes der sikres henvisning og opfølgning, hvor det er relevant

2. Interview vedrørende samarbejde med den/de behandlingsansvarlige læger

- Hvad proceduren er for kontakt til den/de behandlingsansvarlige læger ved kendskab til eller mistanke om, at en patient lider af sygdomme eller sygdomstilstande, som kontraindicerer eller som kan påvirkes ugunstigt af den tilbudte behandling.

Referencer:

- [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, LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

Overgange i patientforløb

3. Interview om overlevering og indhentning af nødvendige oplysninger

Tilsynsførende interviewer relevant personale om, hvordan de sikrer overlevering og indhentning af nødvendige oplysninger til og fra andre relevante sundhedspersoner fx patientens alment praktiserende læge.

Det kan fx være behandlingsplaner og referenceværdier.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse med videre\), BEK nr. 713 af 12. juni 2024](#)
- [Veiledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, LBK nr. 1008 af 29. august 2024](#)

Øvrige fund

4. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 1015 af 05. september 2024](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig 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 tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. 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

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet⁶. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁷. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, 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, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁸.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, 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 har 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 den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁹. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet¹⁰. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigtens hjemmeside.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹¹.

⁶ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁷ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁸ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁹ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

¹⁰ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹¹ 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 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 vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹².

Påbud kan blive fulgt op 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 fornyet tilsynsbesøg¹³, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldte.

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

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

Modstridende krav fra tilsynsmyndigheder

Oplever behandlingsstedet, at styrelsen stiller krav, der strider mod krav fra andre tilsynsmyndigheder, kan behandlingsstedet gøre styrelsen opmærksom på det ved at skrive til modstrid@stps.dk.

¹² Se sundhedsloven § 215 b

¹³ Se sundhedsloven § 213, stk. 1