Tilsynsrapport
Regionsklinikken Skive

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Øvrige reaktive

Regionsklinikken Skive
Kompagnigade 7
7800 Skive

CVR- nummer: 29190925 **P-nummer:** 1030842207 **SOR-ID:** 1464051000016002

Dato for tilsynsbesøget: 20-10-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-25924

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten. Vi vurderer ud fra tilsynsbesøget, at der ikke er grundlag for at opretholde påbuddet af 17. august 2026, som vi derfor har ophævet. Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **20-10-2026** vurderet, at der på **Regionsklinikken Skive** er:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på interview samt gennemgang af journaler og instrukser ved det aktuelle tilsyn.

Siden sidste tilsyn den 12. maj 2026 havde behandlingsstedet iværksat en målrettet og systematisk indsats for at sikre en tilstrækkelig patientbehandling, når denne blev varetaget af personalet samt for ordination af afhængighedsskabende lægemidler.

Organisering
Regionsklinikken Skive havde udarbejdet fyldestgørende instrukser for alle personalets sundhedsfaglige opgaver herunder en mere detaljeret instruks for telefonvisitation. Alle instrukserne var gennemgået med personalet, ligesom det løbende blev sikret, at personalet fulgte instrukserne. Til alle instrukser var der udarbejdet fraser, som blev benyttet i forbindelse med konsultation og journalføring. Vi vurderede, at personalet havde kendskab til instrukserne, og at de bortset fra et enkelt område alle var implementeret.

Personalet varetog forundersøgelser for årskontrol af kroniske sygdomme, og både ledelse og personale oplyste, at alle patienter blev konfereret eller tilset af en læge. Det fremgik ligeledes af instruksen, at konference med læge skulle journalføres. Vi konstaterede dog, at der i alle journaler manglede dokumentation for, hvilken læge personalet havde rådført sig med. Det er vores opfattelse, at en konference havde fundet sted, og at der alene var tale om manglende journalføring. Vi vurderer, at den enkeltstående mangel var et udtryk for, at behandlingsstedet fortsat var i gang med at implementere instruksen. Vi vurderer, at behandlingsstedet vil være i stand til at fortsætte implementeringen på baggrund af de drøftelser, der fandt sted under tilsynet.

Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
Der var ligeledes udarbejdet en rammeinstruks for personalets muligheder for at foretage en medicingennemgang og seponere medicin fra FMK.

Faglige fokuspunkter
Det var tydeligt, at personalet nu benyttede frasen udarbejdet til forundersøgelse for KOL-årskontrol og derved foretog en risikovurdering for osteoporose.

Afhængighedsskabende lægemidler
Siden seneste tilsyn havde klinikken identificeret alle patienter i behandling med afhængighedsskabende lægemidler, og de havde for hver patient udarbejdet en klar og tydelig behandlingsplan. Denne indeholdt en begrundelse for de lægemidler, som patienten fik ordineret, kørselsforbud samt mulighederne for receptfornyelse uden fremmøde. Behandlingsplanen var placeret øverst i journalen, og personalet var bekendte med, hvor de skulle finde den.

Patienters retsstilling
Vi konstaterede, at alle journaler nu indeholdt relevant journalføring af det informerede samtykke.

Samlet vurdering
Vi vurderer, at behandlingsstedet vil være i stand til at fastholde implementeringsprocessen med hensyn til personalets varetagelse af sundhedsfaglige opgaver samt håndtering af afhængighedsskabende lægemidler, og at behandlingsstedet kan følge vores henstilling.

2. Henstilling

Henstillinger

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

Nummer	Navn	Henstillinger
1	Organisering og ledelsens ansvar	• Behandlingsstedet skal sikre, at råd fra en anden sundhedsperson i forbindelse med en patientbehandling fremgår af journalen.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar		X		I alle journaler manglede der dokumentation for, hvilken læge personalet havde konfereret med, når de varetog forundersøgelse for KOL-årskontrol. Vi fik oplyst, at alle patienter blev konfereret med en læge, og ifølge instruksen skulle dette journalføres.
2.	Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (brug af medhjælp)	X			
3.	Formelle krav til instrukser	X			

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	Indhold, form og sprog i journalen	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026

Faglige fokuspunkter

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026
6.	Behandling og kontrol af patienter med diabetes type 2	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	Behandling og kontrol af patienter med KOL	X			

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Medicinering og opfølgning på medicinering	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026
9.	Afhængighedsskabende lægemidler	X			
10.	Receptudstedelse	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026

Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Informeret samtykke til behandling	X			

Overgange i patientforløb

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Epikriser	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026
13.	Parakliniske undersøgelser	X			Opfyldt ved tilsynet 12.05.2026

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Regionsklinikken Skive var opstartet i januar 2025.
- Klinikken var ledet af cheflæge Vibeke Skjold Kruse.
- Klinikken havde fire fastansatte læger.
- Der var ansat tre sygeplejersker, to SOSU-assistenter, en psykolog samt en fysioterapeut.
- Klinikken havde 3475 patienter tilknyttet.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 12.05.2026 et påbud til Regionsklinikken Skive om at sikre:

1. forsvarlig behandling med afhængighedsskabende lægemidler for
   - alle ny-visiterede patienter fra den 17. august 2026.
   - samtlige patienter i aktuel behandling inden den 31. august 2026.
2. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for varetagelse af forundersøgelse for diabetes 2 og KOL og implementering af instruks for visitation, fra den 17. august 2026.

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev et tilpasset målepunktpunktsæt anvendt.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
- Der blev gennemgået seks journaler. Tre journaler, hvor der var foretaget en forundersøgelse til årskontrol for patienter med KOL samt tre journaler for behandling med afhængighedsskabende lægemidler udvalgt af Styrelsen for Patientsikkerhed på baggrund af vores ordinationsovervågningskontrol.

Ved tilsynet deltog:
- Cheflæge Vibeke Skjold Kruse
- Daglig leder Maria Langkjær Knudsen
- En læge, en sygeplejerske, en SOSU-assistent samt en medarbejder fra Regionshuset i Region Midtjylland

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:
- Cheflæge Vibeke Skjold Kruse
- Daglig leder Maria Langkjær Knudsen

- En medarbejder fra Regionshuset i Region Midtjylland

Tilsynet blev foretaget af:
- Ditte Munkedal, afdelingslæge
- Szilvia Gulyas Frimmerne, overlæge
- Kirsten Damkjær, læge og enhedschef

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside *www.stps.dk* under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Organisering og ledelsens ansvar
Vi undersøger, om behandlingsstedet er organiseret patientsikkert. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medar-bejdere og gennemgå relevante instrukser. Vi undersøger om: • Ledelsen har sikret, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage de sundhedsfaglige opgaver. • Ledelsen har sikret, at der er de nødvendige skriftlige instrukser for ansvar og kompetencer for de forskellige medarbejdergrupper, også for vikarer og studerende. • Der er fastlagte arbejdsgange for de sundhedsfaglige opgaver, som behandlingsstedet udfører, og arbejdsgangene i nødvendigt omfang er beskrevet i skriftlige instrukser. • Ledelsen har sikret, at medarbejderne er instrueret i at udføre opgaverne efter de fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser. • Ledelsen fører tilsyn med, at arbejdet udføres efter de fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser. Der er særligt fokus på om: • Der er klare instrukser og tilstrækkelig instruktion, når sundhedsfaglige opgaver udføres af personale uden den relevante grunduddannelse. Referencer: • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 1, §3a), LBK nr. 275 af 12. marts 2025 • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

2. Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (brug af medhjælp)

Vi undersøger, om behandlingsstedet varetager delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed patientsikkert. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere og ved at gennemgå behandlingsstedets skriftlige instrukser herom.

Vi undersøger om:
• Der er taget stilling til, hvordan behandlingsstedet bruger konkrete delegationer og rammedelegationer.
• Der er skriftlige instrukser for de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver med en beskrivelse af, hvilke medarbejdere de henvender sig til.
• Indhold og afgrænsning af delegation er beskrevet for definerede patientgrupper og/eller konkrete patienter.
• De medarbejdere, der fungerer som medhjælp, er instrueret i, hvordan de skal varetage de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.
• Behandlingsstedet fører i relevant omfang tilsyn med de medarbejdere, der udfører delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.

Særligt vedrørende fængsler og arresthuse:
Instruktion og tilsyn med medhjælp skal som minimum omfatte følgende:
• hvordan lægen/lægerne eller ledelsen sikrer sig, at personalet (både plejepersonale og fængselsbetjente) har adgang til skriftlige instrukser og ved hvor de findes
• hvordan lægen/lægerne eller ledelsen sikrer sig, at personalet (både plejepersonale og fængselsbetjente) er instrueret i patientbehandlingen og har forstået instruktionen, herunder i at behandle
eventuelle komplikationer, og hvornår der skal tilkaldes hjælp
• hvordan lægen/lægerne eller ledelsen har tilsyn med personalet (både plejepersonale og fængselsbetjente), som tager udgangspunkt i opgavens karakter samt medhjælpens uddannelse, erfaringer og kvalifikationer i relation til den konkrete opgave.
Tilsynsførende interviewer relevant personale om brugen af rammedelegationer og konkret delegation
ved behandling af patienter, herunder om personalet føler sig tilstrækkeligt vejledt, om rammedelegationerne er tilstrækkelig tydelige, og om disse følges i det daglige arbejde.

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
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

3. Formelle krav til instrukser

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

Vi undersøger, om det fremgår af instrukserne:
- Hvem der er ansvarlig for instruksen.
- Hvilke personer/personalegrupper instruksen er rettet mod.
- At der er en entydig og relevant fremstilling af emnet.
- At der er dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.

Referencer:
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Journalføring

4. Indhold, form og sprog i journalen

Vi undersøger overordnede forhold ved behandlingsstedets journalføring. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere og ved at gennemgå et antal journaler.

Vi undersøger i journaler, om:
- Notater er daterede.
- Journalen indeholder patientens navn og personnummer samt oplysninger om, hvem der har foretaget undersøgelse, behandling og pleje.
- Notater er skrevet på dansk, bortset fra eventuel nødvendig medicinsk terminologi.
- Notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige.
- Teksten er meningsfuld ved brug af eventuelle standardskabeloner (fraser).
- Det fremgår tydeligt af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i et andet format, fx billeder.

Vi undersøger ved interview, om:
- Journalføringen sker i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.
- Der er fastlagte arbejdsgange for, hvordan man ændrer/tilføjer i journalen.
- Alle relevante medarbejdere har læse- og skriveadgang til journalen.

Referencer:
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

Faglige fokuspunkter

5. Indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Vi undersøger, om behandlingsstedet sikrer indikation, plan for behandling og opfølgning samt journalføring heraf. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejderne og ved at gennemgå et antal journaler.

Vi undersøger, om behandlingsstedet:
- Tager stilling til indikationer for undersøgelser og behandling.
- Lægger planer for behandling.
- Følger op på de behandlinger, der er beskrevet i behandlingsplaner.
- Journalfører de ovennævnte forhold i nødvendigt omfang.

Referencer:
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 1008 af 29. august 2024
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

6. Behandling og kontrol af patienter med diabetes type 2

Vi undersøger, om behandlingsstedet sikrer en forsvarlig behandling og kontrol af patienter med diabetes type 2. Det gør vi ved at interviewe medarbejdere og ved at gennemgå et antal journaler.

Vi undersøger, om behandlingsstedet sikrer, at der foretages årskontrol med:
- Medicingennemgang for diabetesmedicin.
- Måling af HbA1c.
- Måling af LDL.
- Måling af blodtryk.

Vi undersøger ligeledes, om behandlingsstedet tager stilling til behov for viderehenvisning ved:
- Mistanke om anden diabetestype.
- Svært regulerbar diabetes og/eller tendens til hypoglykæmi.
- Signifikante komplikationer, herunder nytilkomne gener fra syn/øjne og fødder.
- Kvindelige diabetespatienter med graviditet og graviditetsønske.

Referencer:
- Sundhedsstyrelsen - Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes, 2017
- Type 2-Diabetes - opfølgning og behandling, Dansk selskab for Almen Medicin 2019
- Behandling og kontrol af type 2-diabetes, Dansk Endokrinologisk Selskab, 2024
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

7. Behandling og kontrol af patienter med KOL

Vi undersøger, om behandlingsstedet sikrer en forsvarlig behandling og kontrol af patienter med KOL. Det gør vi ved at interviewe medarbejdere og ved at gennemgå et antal journaler.

Vi undersøger om:
- Patienterne bliver kontrolleret mindst én gang årligt.
- Risiko for osteoporose bliver vurderet ved årskontrol.
- Der bliver talt med patienten om værdien af fysisk træning.
- Der bliver målt BMI mindst en gang om året, og ved under- eller overvægt tages stilling til eventuel er-næringsintervention.
- Der bliver taget stilling til varigheden af eventuel glucocorticoidbehandling.
- Patienter mistænkt for infektion, sættes i behandling med antibiotika.
- Der bliver talt om influenzavaccination.

Referencer:
- Klinisk vejledning, DSAM, KOL 2017
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, 2017

Medicinhåndtering

8. Medicinering og opfølgning på medicinering

Vi undersøger at der er stillet indikation for og foretaget opfølgning på patienternes medicinering og journalføringen heraf. Det gør vi ved at gennemgå et antal journaler og ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger, om:
- Behandlingsstedet stiller en relevant indikation for behandling.
- Behandlingsstedet ved opstart af nye lægemidler udfører de nødvendige forudgående undersøgelser.
- Behandlingsstedet tager stilling til mulige lægemiddelinteraktioner.
- Behandlingsstedet foretager opfølgning på ordinationer, der kræver tilbagevendende blodprøvekontrol eller anden kontrol.
- Behandlingsstedet følger op på effekt og eventuelle bivirkninger.
- Ovenstående i nødvendigt omfang fremgår af journalen.
- Den medicin, patienter får ordineret, er i overensstemmelse med Fælles Medicinkort (FMK).

Referencer:
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 1008 af 29. august 2024
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

9. Afhængighedsskabende lægemidler

Vi undersøger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgange for behandling med afhængighedsskabende lægemidler. Det gør vi ved at gennemgå et antal journaler og ved at interviewe den behandlingsansvarlige læge.

Vi undersøger om:
- Behandlingsstedet lægger planer for behandlingen, herunder en tidshorisont for revurdering af behandlingen.
- Ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler sker ved personligt fremmøde hos læge eller ved hjemmebesøg, medmindre særlige omstændigheder taler imod dette.
- Behandlingsstedet tager stilling til eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen.
- Behandlingsstedet behandler kroniske smertetilstande, - som behandles med opioider -, med langtidsvirkende præparater, og om eventuel behandling med kortidsvirkende opioider er særligt begrundet.
- Det fremgår, hvem der har behandlingsansvaret, hvis behandlingsstedets læger ikke selv har det.
- Behandlingsstedet journalfører de ovenstående forhold i nødvendigt omfang.

Referencer:
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019
- Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016
- Vejledning om helbredskrav til kørekort, VEJ nr. 10150 af 1. november 2022
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

10. Receptudstedelse

Vi undersøger behandlingsstedets praksis ved receptudstedelse. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger, om behandlingsstedet sikrer, at:
• Der foreligger indikation.
• Der foreligger behandlingsplan.
• Alle recepter bliver set og godkendt af en læge.
• Alle patienter, der får ordineret systemisk antibiotika, bliver undersøgt ved en konsultation, medmindre det drejer sig om akut eksacerbation af KOL eller ukompliceret cystitis.
• Der tages stilling til forbud mod kørsel under behandling, hvor det er relevant fx ved medicin mod epilepsi.

Referencer:
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17), LBK nr. 1008 af 29. august 2024
- Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 1, §3a), LBK nr. 275 af 12. marts 2025

Patienters retsstilling

11. Informeret samtykke til behandling

Vi undersøger, om behandlingsstedet indhenter og journalfører informeret samtykke til behandling. Det gør vi ved at gennemgå et antal journaler og ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger, om behandlingsstedet:
• Informerer patienter om helbredstilstand og behandlingsmuligheder.
• Indhenter samtykke forud for opstart af behandling af habile og inhabile patienter samt børn og unge.
• Journalfører information i nødvendigt omfang.
• Journalfører samtykke i nødvendigt omfang.

Referencer:
- Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998
- Bekendtgørelse om generelt informeret samtykke til mindre behandlinger af varigt inhabile patienter BEK nr. 2176 af 25. november 2021
- Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 5), LBK nr. 275 af 12. marts 2025
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

Overgange i patientforløb

12. Epikriser

Vi undersøger opfølgningen på epikriser. Det gør vi ved at gennemgå et antal journaler og ved at interviewe ledelse og medarbejdere.

Vi undersøger om:
• Der følges op på behandlingen hos patienter, der har henvendt sig til den praktiserende læge, og hvor det fremgår af epikrisen, at der er behov for opfølgning.

Referencer:
- Vejledning om epikriser VEJ nr. 10036 af 30. november 2018
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr 1361 af 24/11/2025

13. Parakliniske undersøgelser

Vi undersøger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgange for håndtering af parakliniske undersøgelser. Det gør vi ved at interviewe ledelse og medarbejdere og ved at gennemgå en eventuel skriftlig instruks.

Vi undersøger om:
• Behandlingsstedet mærker parakliniske prøver korrekt
• Behandlingsstedet opbevarer parakliniske prøver efter forskrifterne.
• Behandlingsstedet følger op på svar på alle ordinerede undersøgelser.
• Behandlingsstedet følger op, hvis der ikke modtages svar på ordinerede undersøgelser.
• Behandlingsstedet videregiver svar på afvigende prøveresultater til relevante parter.
• Det er klart, hvem der er ansvarlig for rettidigt at følge op på parakliniske undersøgelser.
• Behandlingsstedet informerer patienterne om afvigende svar, der har betydning for udredning eller plan for behandling.
• Det er klart, hvordan ordination, undersøgelsesresultat, eventuelle rykkere og information til patienter håndteres patientsikkert.
• Det er klart, hvordan ordination, undersøgelsesresultat, eventuelle rykkere og information til patienter skal journalføres.
• Der er en skriftlig instruks for håndtering af parakliniske undersøgelser, hvis der er tale om en større praksis med flere ansatte.

Referencer:
- Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, VEJ nr. 9207 af 31. maj 2011
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici
Referencer: • Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 66, §213 og §215b), LBK nr. 275 af 12. marts 2025