



# Tilsynsrapport

## Alb Amb Psykose Aalborg SydØst

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Voksenpsykiatriske ambulatorier

**Alb Amb Psykose Aalborg SydØst**  
**Brandevej 5**  
**9220 Aalborg Øst**

**CVR- nummer:** 29190941 **P-nummer:** 1016896450 **SOR-ID:** 983021000016006

**Dato for tilsynsbesøget:** 10-02-2026

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

**Sagsnr.:** 35-2011-22808



# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten. Vi afslutter tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **10-02-2026** vurderet, at der på **Alb Amb Psykose Aalborg SydØst** er:

### Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

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

### Journalføring

Ved interview konstaterede vi, at personalet var instrueret i at journalføre i forbindelse med eller snarest efter patientkontakten, men at der var medarbejdere i teamet, som kunne have svært ved at dokumentere rettidigt.

Vi vurderer, at det kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, at journalføringen er forsinket og udsat til de næstkommende arbejdsdage, fordi forsinket journalføring kan medføre, at relevante oplysninger om patienten ikke er tilgængeligt for det øvrige personale.

Det er ledelsens ansvar at organisere behandlingsstedet på en sådan måde at personalet er i stand til at varetage deres arbejde fagligt forsvarligt og overholde de pligter der følger af lovgivningen.

Ved journalgennemgang konstaterede vi, at der var eksempler på manglende behandlingsplaner, samt manglende selvmordsrisikovurderinger og voldsrisikovurderinger jf. behandlingsstedets instrukser. Personalet kunne redegøre for arbejdsgangen for at udarbejde disse.

Vi vurderer, at det kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, når behandlingsplaner, selvmordsrisikovurderinger og voldsrisikovurderinger ikke er udarbejdet jf. egne instrukser, idet der kan mangle relevante informationer i journalen. Vi har dog lagt vægt på, at behandlingsstedet allerede havde iværksat en indsats for at rette op på manglerne i form af undervisning, ansættelse af medarbejdere til opgaverne og kontrol ved journalaudit.

## **Patienters retsstilling**

Ved journalgennemgang blev det konstateret, at der var en mangel ved dokumentation af informeret samtykke. Vi vurderer, at samtykket var indhentet og at det alene omhandlede manglende dokumentation heraf.

## **Samlet vurdering**

Vi vurderer, at Team SydØst, Ambulatorium for Psykoser, Aalborg generelt har en patientsikkerhedsmæssig forsvarlig praksis og selv vil være i stand til at rette op på de konstaterede mangler ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynsbesøget.

Vi vurderer, at der samlet set er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi forudsætter, at behandlingsstedet følger vores henstillinger.

## 2. Henstillinger

---

### Henstillinger

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

Nummer	Navn	Henstillinger
2.	Indhold, form og sprog i journalen	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at journalføringen sker i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten.</li></ul>
3.	Indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der lægges planer for behandlinger.</li></ul>
6.	Systematisk vurdering af selvmordsrisiko	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er lavet selvmordsrisikovurdering.</li></ul>
7.	Vurdering af voldsrisiko	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at der bliver foretaget en vurdering af voldsrisiko.</li></ul>
9.	Informeret samtykke til behandling	<ul style="list-style-type: none"><li>Behandlingsstedet skal sikre, at samtykke forud for iværksættelse af behandling journalføres i nødvendigt omfang.</li></ul>

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar	X			

### Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Indhold, form og sprog i journalen		X		Ved interview oplyste en enkelt medarbejder, at det kan være svært ved at dokumentere rettidigt. Personalet redegjorde for, at de var instrueret i at journalføre i forbindelse med eller snarest efter patientkontakten.

### Faglige fokuspunkter

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger		X		I en ud af tre journaler var det ikke dokumenteret, at der var udarbejdet en behandlingsplan senest ved 2. samtale, som behandlingsstedets egen instruks foreskrev. Personalet kunne dog redegøre for deres planer for den konkrete patient og deres arbejdsgange for at udarbejde behandlingsplaner.
4.	Planlægning af patientforløb under indlæggelse			X	Målepunktet er kun anvendt på sengeafdelinger.

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling			X	Målepunktet er kun anvendt på sengeafdelinger.
6.	Systematisk vurdering af selvmordsrisiko		X		I to ud af tre journaler fremgik ikke dokumentation af systematisk selvmordsrisikovurdering svarende til egen instruks. Personalet kunne redegøre for deres kendskab til den konkrete patients selvmordsrisiko, samt reglerne for selvmordsrisikovurdering generelt.
7.	Vurdering af voldsrisiko		X		I to ud af tre gennemgåede journaler var der ikke foretaget voldsrisikovurdering med V-RISK, som behandlingsstedets instruks foreskriver. Personalet kunne redegøre for en aktuell indsats for at implementere anvisningerne i egen instruks for voldsrisikovurdering, desuden kunne personalet også redegøre for den konkrete patients voldsrisiko vurderet uden anvendelsen af V-RISK.

## Medicin håndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Medicinering og opfølgning på medicinering	X			

## Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Informeret samtykke til behandling		X		I en ud af tre journaler blev der ikke dokumenteret informeret samtykke.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					Personalet kunne redegøre for, at de altid indhentede informeret samtykke forud for undersøgelser eller i forbindelse med opstart af behandling, men de fik det ikke altid dokumenteret.

## Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Epikriser	X			
11.	Overgange i patientforløb til ambulante behandling og eventuel primærsektor	X			

## Øvrige fund

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

# 4. Baggrundsoplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Ambulatorium for Psykoser er integreret under et psykiatrisk vicedirektørområde i Aalborg Universitetshospital.
- Ambulatorium for Psykoser består af fire geografisk opdelte teams: Team Nord, Sydøst, Centrum og Himmerland. Alle teams er organiseret efter F-ACT-model.
- I hvert team er der ansat en læge, syv sygeplejersker, en specialpsykolog, en socialrådgiver, en peer medarbejder og en-to sekretærer.
- Ambulatoriet ledes af ambulatorieleder, Tahmeenah Rahi og ledende overlæge, Erik Høyer.
- Ambulatorium for Psykoser har i alt ca. 900 patienter årligt.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af et patientforløb. Der er i forbindelse med tilsyn med en voksenpsykiatrisk sengeafdeling udvalgt et eller flere patientforløb, hvor patienten er udskrevet til opfølgning i et voksenpsykiatrisk ambulatorium.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Voksenpsykiatriske ambulatorier anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk) under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder | Styrelsen for Patientsikkerhed*
- Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
- Der blev gennemgået tre journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget.

Ved tilsynet og ved afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Peter Uggerby, cheflæge
- Bodil Bech Winther, chefsygeplejerske
- Erik Høyer, ledende overlæge
- Tahmeenah Rahi, ambulatorieleder
- Derudover deltog en kvalitetskoordinator, en sygeplejerske, en læge, en specialpsykolog, en socialrådgiver og en social- og sundhedsassistent.

Tilsynet blev foretaget af:

- Susanne Holst Bendix, oversygeplejerske
- Szilvia Gulyas Frimmerne, overlæge
- Emilie Riis Kjeldsen, læge under uddannelse

## **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](http://www.stps.dk) under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.