



Tilsynsrapport

Kærshovedgård Sundhedsklinik, Røde Kors Asylafdeling

Sundhedsfagligt, Reaktivt - Udgående tilsyn

Center Kærshovedgård Sundhedsklinik
Kærshovedgård 17
7430 Ikast

CVR- nummer: 18887886 **P-**nummer: 1021827416 **SOR-ID:** 629551000016002

Dato for tilsynsbesøget: 16-05-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Nord
Sagsnr.: 35-2011-8535

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 27. maj 2022 modtaget hørings svar fra Røde Kors. Heraf fremgår det, at behandlingsstedet ikke har indsigelser eller faktuelle korrektioner i forhold til indholdet af den udsendte rapport i høring. Styrelsen har på baggrund af tilsynsbesøget den 16. maj 2022 vurderet, at der aktuelt er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden og har derfor ophævet påbud af 17. december 2021 og 16. februar 2022. Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene ved tilsynsbesøget den **16-05-2022** vurderet, at der på **Center Kærshovedgård Sundhedsklinik** er

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på observationer, interview og instruks gennemgang, gennemgang af journaler samt medicinhåndtering ved det aktuelle tilsyn i kombination med materiale fremsendt til styrelsen i umiddelbar sammenhæng med tilsynet.

Under tilsynet udvalgte de tilsynsførende stikprøvemæssigt fem patienter, der alle var i antipsykotisk medicinsk behandling. Ved alle var der udarbejdet relevante behandlingsplaner. Behandlingsstedet havde etableret arbejdsgange, hvor sygeplejerskerne i samspil med de tilknyttede psykiatere sikrede en opfølgning på den antipsykotiske behandling hos den enkelte patient. Opfølgningen var gennemført eller iværksat hos alle fem patienter. Styrelsen vurderede på baggrund af organiseringen og de konstaterede forhold, at der var iværksat en forsvarlig behandling med antipsykotiske lægemidler ved tilsynets gennemførelse.

Behandlingsstedet havde fået tilført sygeplejefaglige ressourcer og man havde yderligere anvendt en ekstern sygeplejerske for at sikre en gennemgang af de 12 sygeplejefaglige problemområder hos alle relevante beboere ved Udrejsecenter Kærshovedgård. Ved de fem udvalgte patienter var de sygeplejefaglige vurderinger udført på fyldestgørende vis. Styrelsen vurderede herefter at varetagelsen foregik på en betryggende måde på tidspunktet for tilsynets gennemførelse.

Ved det forudgående tilsyn var sikret adgang til journalsystemet for medarbejdere med behov herfor i forhold til den enkeltes opgavevaretagelse og ved det aktuelle tilsyn vurderede styrelsen, at der blev udarbejdet en tilstrækkelig journalføring.

Under tilsynet blev alle led i medicinhandling gennemgået uden påvisning af fejl. Ved tilsynet blev imidlertid konstateret, at der var opstået en misforståelse i forhold til forpligtelsen med at påføre PN medicin på den enkeltes medicinliste, når den pågældende selv administrerede PN medicin, eller når PN administrationen blev varetaget af en tredje part. Misforståelsen var opstået, idet man i stedet for betegnelsen "Medicinliste" havde omdøbt oversigten til "Doseringsoversigt", hvorefter PN medicin, der ikke indgik i personalets dosering/håndtering var fjernet. Under tilsynet blev misforståelsen korrigeret, hvorefter styrelsen har modtaget en ajourført medicininstruks samt kopi af ajourførte medicinlister på samtlige, der var berørt af misforståelsen. Styrelsen vurderer herefter, at behandlingsstedet er i stand til at varetage medicinhandlingen på en betryggende måde.

På ovenstående baggrund vurderer styrelsen, at styrelsens påbud af 17. december 2021 og 16. februar 2022 kan ophæves.

2. Krav og henstillinger

Krav

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

<u>Målepunkt</u>		<u>Krav</u>
12.	<u>Journalgennemgang af medicinlister</u>	<ul style="list-style-type: none"><u>Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen og den aktuelle medicinliste.</u>

Ved selve tilsynet fremgik det, at der var opstået en misforståelse knyttet til behovet for at påføre medicinlisten PN ordinationer, når personalet ikke varetog udleveringen af PN medicin. I umiddelbar forlængelse af tilsynet blev fremsendt relevant materiale fra Røde Kors til Styrelsen for Patientsikkerhed om den videre varetagelse. Materialet omfattede instrukser for medicin håndteringen, hvor dokumentationen af PN medicin var præciseret, samt kopi af de korrigerede medicinlister for relevante beboere på Kærshovedgård Udrejsecenter.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderede herefter, at ovenstående krav var blevet opfyldt, og at der ikke længere var en risiko for patientsikkerheden knyttet til fundet.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			Opfyldt den 13. januar 2022 og den 16. maj 2022
2.	<u>Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver</u>	X			Opfyldt den 15. oktober 2021 og den 16. maj 2022
3.	<u>Interview om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</u>			X	Ikke aktuelt den 13. januar 2022 og den 16. maj 2022
4.	<u>Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</u>			X	Ikke aktuelt den 13. januar 2022 og den 16. maj 2022
5.	<u>Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge</u>	X			Opfyldt den 15. oktober 2021

Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	<u>Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			Opfyldt den 16. maj 2022
7.	<u>Interview om indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger</u>	X			Opfyldt den 15. oktober 2021
8.	<u>Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens</u>	X			Opfyldt den 16. maj 2022

	<u>problemer og risici samt plan for pleje og behandling</u>				
9.	<u>Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling</u>	X			Opfyldt den 13. januar 2022 og den 16. maj 2022

Medicinhandling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	<u>Gennemgang af instruks for medicinhandling</u>	X			Opfyldt den 13. januar 2022 og den 16. maj 2022
11.	<u>Interview om medicinhandling</u>	X			Opfyldt den 16. maj 2022
12.	<u>Journalgennemgang af medicinlister</u>		X		Medicinlisten var ved tilsynet navngivet "Doseringsliste" og der var systematisk ikke påført PN medicin, når patienten varetog selvadministration eller en tredjepart varetog udleveringen til patienten. Praxis var iværksat af ledelsen med baggrund i en misforståelse om, at listen alene skulle omfatte medicin doseret af behandlingsstedets eget personale.
13.	<u>Journalgennemgang af patienternes medicinering</u>	X			Opfyldt den 16. maj 2022
14.	<u>Interview om patientens medicinering og opfølgning herpå</u>	X			Opfyldt den 16. maj 2022
15.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>	X			Opfyldt den 16. maj 2022

Øvrige fund

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X	Ikke aktuelt ved tilsynet den 16. maj 2022

3. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Udrejsecenter Kærshovedgård er et udrejsecenter for afviste asylansøgere, der ikke frivilligt vil udrejse, for kriminelle der har afsonet en dom og er udvist ved dom, samt for asylansøgere på tålt ophold. Der var på tidspunktet for tilsynet ca. 250 asylansøgere over 18 år på Kærshovedgård. Centeret drives af Kriminalforsorgen.
- Røde Kors Asylafdeling driver sundhedsklinikken på Udrejsecenter Kærshovedgård og tilbyder sundhedsydelse til beboerne i henhold til kontrakt med Kriminalforsorgen og Udlændingestyrelsen.
- Ved ikke akutte undersøgelser eller behandlinger, herunder tandbehandling skal der søges om kaution i Udlændingestyrelsen efter NUS-princippet (nødvendig-uopsættelig-smertelindrende)
- Virksomhedsansvarlige læge i Røde Kors Asyl er Rikke Thrige
- Sundhedsklinikken ledes af funktionsleder, sygeplejerske Maja Tind.
- Der er ansat syv sygeplejersker (i deltidsstillinger) og en sekretær. Ved det aktuelle tilsyn blev det oplyst, at der var ansat en udviklingssygeplejerske i Røde Kors Asylafdeling og at sundhedsklinikken på Kærshovedgård var opnormeret med 2 sygeplejerske stillinger siden forrige tilsyn. Endvidere var anvendt en sygeplejerske fra et bureau med henblik på at sikre en gennemgang af de 12 sygeplejefaglige områder hos et omfattende antal beboere med henblik på at sikre en gennemgang af alle relevante beboere inden tilsynsbesøget.
- Klinikken er åben for beboerne uden tidsbestilling hhv. mandag, onsdag og fredag fra kl. 9 -11. Her tilbydes konsultation af en sygeplejerske. Derudover er klinikken bemannet med sygeplejerske alle hverdage fra kl. 8-16, hvor der bl.a. indkaldes til individuelle samtale med og uden tolk samt ansøges om kaution ved Udlændingestyrelsen.
- Der er lægekonsulent tilknyttet med fremmøde i klinikken i gennemsnit 2 dage per uge. På dage hvor der ikke er læge til stede i klinikken, er der mulighed for at konferere med læge på en af de øvrige af Røde Kors' sundhedsklinikker.
- Der er 2 psykiatriske speciallægekonsulenter tilknyttet, hvoraf den ene har fysisk fremmøde sv.t. ca. 1 dag pr. måned, medens den anden varetager sine funktioner med anvendelse af videokonferenceudstyr i forhold til udvalgte beboere.
- Akut sygdom eller tilskadekomst uden for klinikkens åbningstid varetages af regionens akutberedskab (lægevagt eller 112). Ved akut sygdom eller tilskadekomst har beboerne ret til gratis sundhedsydelser sv.t. danske statsborgere.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog i marts måned 2021 en skriftlig indberetning fra en afgående sundhedsperson ved Dansk Røde Kors med bekymring over den sundhedsfaglige varetagelse ved Sundhedscentret, Udrejsecenter Kærshovedgård. Efter en indledende skriftlig varetagelse besluttede Styrelsen for Patientsikkerhed at gennemføre et reaktivt tilsynsbesøg den 15. oktober 2021.

Ved tilsynsbesøget den 15. oktober 2021 blev der konstateret mangelfulde sundhedsfaglige instrukser og fejl i samtlige dele af behandlingsstedets medicinhåndtering. Endvidere blev konstateret alvorlige mangler

og fejl knyttet til journalføringen, herunder et systematisk fravær af sygeplejefaglige vurderinger knyttet til de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der manglende behandlingsplaner og der manglende opfølgning på iværksat antipsykotisk behandling.

Tilsynsbesøget den 15. oktober 2021 resulterede i, at Styrelsen for Patientsikkerhed gav et mundtligt straks forbud (et påbud om forbud) mod at sundhedsklinikens personale i regi af Dansk Røde Kors måtte varetage medicinhåndteringen i forhold til beboerne ved Udrejsecenter Kærshovedgård. Dansk Røde Kors fik således til opgave umiddelbart i forlængelse af tilsynet, samme døgn, at sikre, at en anden part overtog medicinhåndteringen i overensstemmelse med de lægelige ordinationer, der fortsat kunne foretages af læger tilknyttet sundhedscentret. Forbuddet ville være gældende indtil en ophævelse fra styrelsens side var mulig med baggrund i et genbesøg.

En skriftlig afgørelse om forbud (påbud om forbud) blev givet af styrelsen den 21. oktober 2021, efterfulgt af en skriftlig afgørelse om påbud af 17. december 2021 vedrørende øvrige fund ved det gennemførte tilsyn.

Den 13. januar 2022 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed et opfølgende tilsyn ved Sundhedscentret, Udrejsecenter Kærshovedgård. Med baggrund i tilsynet kunne styrelsen den 16. februar 2022 ophæve forbuddet mod medicinhåndtering for i stedet at give påbud til Dansk Røde Kors Asylafdeling om at sikre en forsvarlig medicinhåndtering. Ophævelsen medførte, at personale fra Dansk Røde Kors Asylafdeling kunne genoptage medicinhåndteringen fra den 16. februar 2022. Samtidig kunne det konstateres, at relevante instrukser var udarbejdet, men at instrukserne vedrørende medicinhåndteringen ikke kunne implementeres med baggrund i det gældende forbud forud for tilsynsbesøget.

Ved det opfølgende tilsyn den 13. januar 2022 kunne det samtidigt konstateres, at der nu var sikret en relevant adgang til journaloplysninger for alle medarbejdere med behov herfor knyttet til deres opgavevaretagelse. Ved journalgennemgange kunne det imidlertid konstateres, at der fortsat ikke var foretaget en systematisk gennemgang af alle relevante beboere ved Udrejsecenter Kærshovedgård i forhold til de 12 sygeplejefaglige vurderingsområder. Der var således udført 16 gennemgange ud af de ca. 100, som var relevante på tidspunktet for tilsynets gennemførelse. Den manglende udførelse skyldtes imidlertid ikke manglende kvalifikationer hos personalet, men manglende personaleressourcer tildelt opgaven. Endvidere kunne det konstateres, at der fortsat var mangler i forhold til de lægelige behandlingsplaner og opfølgningen i forhold til beboere i antipsykotisk behandling.

Som konsekvens af fundene ved tilsynet den 13. januar 2022 kunne forbuddet mod medicinhåndtering ændres til et påbud af 16. februar 2022. Samtidig måtte vi fastholde styrelsens påbud af 17. december 2021 på en række områder.

Det aktuelle tilsyn den 16. maj 2022 blev udført på baggrund af styrelsens påbud af den 17. december 2021 til sundhedsklinikken Kærshovedgård, Røde Kors Asylafdeling, om at sikre:

- 1. forsvarlig behandling med antipsykotiske lægemidler fra den 17. december 2021**
- 2. gennemførelse af systematiske sygeplejefaglig vurderinger og opfølgning herpå for alle relevante patientgrupper, fra den 17. december 2021**
- 3. tilstrækkelig adgang for relevante personalegrupper og tilstrækkelig journalføring, fra den 17. december 2021**

Samt på baggrund af styrelsens påbud af den 16. februar 2022, om:

- **at sikre forsvarlig medicinhandling, herunder tilstrækkelig implementering af instrukser herfor, fra den 16. februar 2022**

Af begge påbud følger, at de kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev der anvendt udvalgte målepunkter fra Styrelsen for Patientsikkerheds generiske målepunktssæt (de samme målepunkter som blev anvendt ved tilsynet den 15. oktober 2021 og den 13. januar 2022).
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev fokuseret på udvalgte instrukser.
- Der blev gennemgået fem journaler udvalgt af Styrelsen for Patientsikkerhed ved selve gennemgangen.
- Der blev gennemgået medicin vedrørende de fem patienter udvalgt af styrelsen.

Ved tilsynet fokuserede vi især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 13. januar 2022 vedrørende:

- Udarbejdelsen af behandlingsplaner med relevant opfølgning på behandling med antipsykotiske lægemidler.
- Gennemgang af de 12 sygeplejefaglige problemområder vedrørende relevante beboere tilknyttet Udrejsecenter Kærshovedgård
- Journalføringen
- Alle elementer i medicinhandteringen.

Ved tilsynet og den afsluttende tilbagemelding deltog:

- Maja Tind, sundhedsleder og funktionsleder af omsorgsafdelingen Røde Kors Asyl
- Rikke Thrige, virksomhedsansvarlig læge, Røde Kors Asyl
- Tina Lundgård, regionsleder, Røde Kors Asyl
- Linda Juslenius, udviklingssygeplejerske, Røde Kors Asyl
- Sygeplejersker og læge

Under dele af tilsynet og ved tilbagemeldingen deltog repræsentanter fra Kriminalforsorgen:

- Niels Johan Geil, institutionschef, Udrejsecenter Kærshovedgård
- Økonomispecialkonsulent, Områdekantoret i Hobro
- Resocialiseringskonsulent, Områdekantoret i Hobro

Tilsynet blev foretaget af:

- Hans-Erik Damerius-Terkelsen, Overlæge, HD (O)
- Susanne Holst Bendix, Oversygeplejerske

4. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview om organisering, ansvars- og kompetenceforhold

Den tilsynsførende interviewer ledelsen/sundhedspersonen om behandlingsstedets organisering herunder ansvars- og kompetenceforhold.

Ved interview af ledelsen/sundhedspersonen skal det fremgå:

- at organiseringen understøtter behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver
- at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver
- at der er retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Sundhedsloven om driftsherrens ansvar for forsvarlig organisering \(§ 3a\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

2. Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets varetagelse af sundhedsfaglige opgaver.

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- 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 personale, der varetager sundhedsfaglige opgaver, instrueres i de fastlagte procedurer
- at ledelsen sikrer, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte procedurer.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet er instrueret i og anvender procedurer for patientrelaterede arbejdsgange og –processer i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje, herunder ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)
- [Sundhedsloven om driftsherrens ansvar for forsvarlig organisering \(§ 3a\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

3. Interview om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)

Den tilsynsførende interviewer ledelsen og personale om behandlingsstedets instruktion af og tilsyn med personale, der fungerer som medhjælp (udfører delegeret forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).

Ved interview af ledelsen skal det fremgå:

- at der er taget stilling til brugen af konkrete delegationer og rammedelegationer
- at der er instruks for delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
- at personale, der fungerer som medhjælp, instrueres i at varetage de delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver
- at der føres tilsyn med personale, der udfører delegerede forbeholdte sundhedsfaglige opgaver.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet er instrueret i varetagelsen af delegerede opgaver
- at eventuelle rammedelegationer er tydelige og anvendes i udførelsen af det daglige arbejde
- at personalet kan sige fra overfor opgaver, som de ikke ser sig i stand til at udføre forsvarligt.

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](#)

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

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

Ved gennemgang af instrukserne skal det fremgå:

- at instrukserne er tilpasset personalets kompetencer, herunder beskriver hvilke faggrupper der kan anvende rammedelegationen
- at rækkevidden og omfanget af rammedelegationer til behandling af en defineret patientgruppe er beskrevet.

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](#)

5. Interview om behandlingsstedets samarbejde med behandlingsansvarlig læge

Den tilsynsførende interviewer ledelse og personale/sundhedspersonen om behandlingsstedets procedurer for samarbejde med behandlingsansvarlig læge.

Ved interview af ledelsen/sundhedspersonen skal det fremgå:

- at behandlingsstedet har procedurer for, hvornår og i hvilke situationer personalet skal kontakte den behandlingsansvarlige læge
- at behandlingsstedet har procedurer for, hvem der skal kontaktes, når patientens behandlingsansvarlige læge ikke er tilgængelig.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet ved, hvornår og i hvilke situationer den behandlingsansvarlige læge skal kontaktes
- at personalet ved, hvem der skal kontaktes, når den behandlingsansvarlige læge ikke er til stede

[Anvendes ved behandlingssteder hvor der er en behandlingsansvarlig læge ansat/tilknyttet]

Ved interview med behandlingsansvarlige læger skal det fremgå:

- at patienters behandlingsplaner er opdaterede
- at henvendelser vedrørende patienters behandling besvares.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

Faglige fokuspunkter

6. Journalgennemgang af indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for at stille indikation for undersøgelser og behandlinger, samt lægge en plan for behandling og opfølgning.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at der er indikation for undersøgelser og behandlinger
- at der er lagt behandlingsplaner
- at der er fulgt op på behandlinger i henhold til behandlingsplanen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

7. Interview om indikation for og opfølgning på undersøgelser og behandlinger

Den tilsynsførende interviewer sundhedspersonen/personalet for at vurdere behandlingsstedets praksis for at sikre indikation, plan for behandling og opfølgning.

Ved interview af sundhedspersonen/personale skal det fremgå:

- at der tages stilling til indikationer for undersøgelser og behandlinger
- at der lægges planer for behandlinger
- at der er følges op på behandlinger i henhold til behandlingsplanerne.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

8. Journalgennemgang af den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for vurdering af de 12 sygeplejefaglige problemområder og patientens problemer og risici

Ved gennemgang af journalen skal det fremgå:

- at de 12 sygeplejefaglige problemområder er vurderet:
 1. funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
 2. bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
 3. ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
 4. hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
 5. kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
 6. psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
 7. respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
 8. seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
 9. smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
 10. søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
 11. viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt og hukommelse
 12. udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation og diarré
- at patientens problemer og risici er identificeret med udgangspunkt i vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at der er beskrevet en plan for pleje og behandling i forhold til patientens problemer og risici
- at planen for pleje og behandling er opdateret og beskriver patientens problemer og risici

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

9. Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets praksis for vurdering af patientens problemer og risici samt plan for pleje og behandling.

Ved interview af personale skal de kunne redegøre for:

- at der er praksis for at foretage en vurdering af patienten, som tager udgangspunkt i følgende 12 sygeplejefaglige problemområder:
 1. funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
 2. bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
 3. ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
 4. hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
 5. kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
 6. psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed, livsstilsproblemer, misbrug og mestring
 7. respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
 8. seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
 9. smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
 10. søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
 11. viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt og hukommelse
 12. udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation og diarré
- at der er praksis for at identificere patientens problemer og risici på baggrund af vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder
- at der er praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens problemer og risici
- at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.

Referencer:

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

Medicinhåndtering

10. Gennemgang af instruks for medicinhåndtering

Den tilsynsførende gennemgår behandlingsstedets instruks for medicinhåndtering.

Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå:

- hvilket ansvar og hvilke kompetencer personalet skal have for at varetage medicinhåndteringen
- hvilke særlige forhold der er ved håndtering af bestemte lægemidler, fx hvis et lægemiddel ikke kan gives i faste doser
- hvilket samarbejde der er med de behandlende læger vedrørende medicinordinationer
- at der er procedurer for:
 - o dokumentation af medicinordinationer
 - o dispensering af medicin
 - o medicinadministration
 - o specialopgaver, fx ved brug af adrenalin
 - o arbejdsgangen for personalet, når lægen ordinerer medicin
 - o kontrol og dokumentation ved modtagelse af medicin, herunder ift. om medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
 - o opbevaring af medicin, så den er utilgængelig for uvedkommende
 - o hvordan personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
 - o håndtering af dosisdispenseret medicin
 - o hvordan personalet skal forholde sig, hvis patienten selv indtager eller ønsker at indtage håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som ikke er ordineret af lægen
 - o rapportering og håndtering af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinhåndtering.

Referencer:

- [Veiledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Veiledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

11. Interview om medicinhåndtering

Den tilsynsførende interviewer personale om behandlingsstedets praksis ved medicinhåndtering.

Ved interview af personale skal det fremgå:

- at personalet har de fornødne kompetencer og kender deres ansvar i forbindelse med medicinhåndteringen
- at personalet følger proceduren for:
 - o samarbejde med de behandlende læger vedrørende medicinhåndtering og ordinationer.
 - o dokumentation af medicinordinationer
 - o kontrol og dokumentation ved modtagelsen af medicin
 - o korrekt opbevaring af medicinen, så den er utilgængelig for uvedkommende
 - o dispensering af medicin

- o medicinadministration herunder
 - håndtering af bestemte lægemidler, fx hvis et lægemiddel ikke administreres i faste doser eller lægemidlet er et risikosituationslægemiddel
 - håndtering af dosisdispenseret medicin
 - sikring af identifikation af patienten og patientens medicin
- o specialopgaver, fx ved brug af adrenalin
- o rapportering og håndtering af fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med medicin håndtering
- o hvordan de skal forholde sig, hvis patienten selv indtager eller ønsker at indtage håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som ikke er ordineret af lægen

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

12. Journalgennemgang af medicinlister

Den tilsynsførende gennemgår et antal medicinlister i journalerne for at vurdere behandlingsstedets praksis for dokumentation af medicin håndtering.

Ved gennemgangen af medicinlisterne skal det fremgå:

- at de føres systematisk og entydigt
- at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen og den aktuelle medicinliste
- at der er dato for ordinationen (dag, måned, år), ny ordination, ændringer i dato for justering af dosis, og/eller seponering
- at der er behandlingsindikation for den medicinske behandling
- præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (fx tabletter, mikstur) og styrke
- hvem der administrerer medicinen
- enkeltdosis og maksimal døgndosis for PN-medicin
- ordinerende læges navn.

Referencer:

- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

13. Journalgennemgang af patienternes medicinering

Den tilsynsførende gennemgår et antal journaler for at vurdere behandlingsstedets praksis for undersøgelser forud for og opfølgning på patienternes medicinering.

Ved journalgennemgangen skal det fremgå:

- at der er foretaget de nødvendige undersøgelser inden ordination af medicin, hvor det kræves
- at der er lagt en plan for medicin, hvor der kræves tilbagevendende blodprøver eller anden kontrol
- at der er fulgt op på effekt og eventuelle bivirkninger.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

14. Interview om patientens medicinering og opfølgning herpå

Den tilsynsførende interviewer læger om behandlingsstedets praksis for undersøgelser forud for og opfølgning på patienternes medicinering.

Ved interview af læger skal det fremgå:

- at der tages stilling til mulige lægemiddelinteraktioner
- at der foretages de nødvendige undersøgelser inden ordination af medicin, hvor det kræves
- at der lægges en plan for medicin, der kræver tilbagevendende blodprøvekontrol eller anden kontrol
- at der følges op på effekt og eventuelle bivirkninger.

[Anvendes ved praksissektor]

- at den medicin, patienter får ordineret, er i overensstemmelse med Fælles Medicinkort (FMK).

[Anvendes ved sygehuse]

- at Fælles Medicinkort (FMK) suspenderes ved indlæggelse
- at Fælles Medicinkort (FMK) ajourføres og aktiveres ved udskrivelsen.

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)

15. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan sundhedspersonen/personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbeholdning og korrekt opbevaring af medicinen.

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicinbeholdning- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato

- Doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuel medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuel medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling.

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

Øvrige fund

16. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 210 af 27. januar 2022](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. 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 sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn³. 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 i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også 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 Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ 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.

⁴ 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 til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet⁵. 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 tilsynet⁶. 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 patientsikkerheden⁷.

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 Tilsynsrapporter⁸. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet⁹. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁶ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ 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

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ 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 delvist¹¹.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde 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 tilsynsbesøg¹², afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, 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.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1