Landslægen

Tilsynsrapport
Herberg Frelsunarhersins

Reaktivt tilsyn

Bosteder 2025

Herberg Frelsunarhersins
Dalavegur 1
100 Tórshavn
CVR- eller P-nummer: 26337

Dato for tilsynet: 07-05-2025

Sagsnr.: 35-2011-20629

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Landslægen har ikke modtaget bemærkninger til rapporten. Vi vurderer ud fra tilsynsbesøget, at der ikke er grundlag for at opretholde påbuddet af 11. april 2025, som vi derfor har ophævet.
Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Landslægen har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den 7. maj 2025 vurderet, at der på ***Herberg Frelsunarhersins*** er:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Ved tilsynet havde Herberg Frelsunarhersins været i gang med den sundhedsfaglige journalføring i en uge, derfor bar journalføringen overordnet præg af at være i en tidlig implementeringsfase. Der var flere eksempler på, at det fremgik fyldestgørende af dokumentationen, at der var foretaget en sygeplejefaglig vurdering af patientens problemstillinger og hvilke risici personalet skulle være opmærksomme på. Vi konstaterede dog også eksempler på problemstillinger, der ikke var beskrevet eller ikke var fyldestgørende beskrevet, ligesom der manglede et samlet overblik over beboernes sygdomme og funktionsnedsættelser.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for manglende observationer, når vurderingen af beboernes problemstillinger ikke fremgår fyldestgørende af journalerne.

Vi har lagt vægt på at personalet kendte beboerne godt og fyldestgørende kunne redegøre for problemstillingerne og hvilke opgaver og ansvar de havde. Vi så eksempler på, at personalet på eget initiativ havde taget kontakt til de behandlingsansvarlige læger med henblik på opfølgning af kroniske sygdomme.

Herberget kunne fyldestgørende redegøre for, hvordan de havde besluttet, at dokumentere problemstillingerne og oversigten, og vi vurderer, at herberget selv kan sikre den fortsatte implementering af journalføringen på baggrund af de drøftelser, der fandt sted under tilsynet.

Efter tilsynet har herberget indsendt et fyldestgørende eksempel på en oversigt over sygdomme og funktionsnedsættelser samt eksempler på beskrivelser af vurderinger af en beboers problemstillinger, hvoraf

det fremgår hvad personalet på herberget skal være opmærksomme på samt relevante observationer og tiltag i den forbindelse.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede, at herberget havde en fyldestgørende instruks for medicinhåndtering, og med en tydelig beskrivelse af ansvars- og kompetenceforhold i forhold til opgaverne omkring medicinhåndtering. Der var udarbejdet fyldestgørende medicinlister, hvor der var et overblik over hvilken medicin, der skulle udleveres samt hvornår.

Vi har lagt særligt vægt på, at herberget havde sikret sig, at var aftaler med de behandlingsansvarlige læger omkring hvordan personalet skulle forholde sig, hvis en beboer var beruset ved udlevering af medicin. Disse aftaler var dokumenteret systematisk, så de var nemme at tilgå.

Vi konstaterede ingen mangler i medicinhåndteringen. På den baggrund vurderer vi, at herberget har efterlevet påbuddet om at sikre en forsvarlig medicinhåndtering.

Hygiejne

Behandlingsstedet havde udarbejdet en fyldestgørende instruks for håndhygiejne. Vi konstaterede dog, at denne endnu ikke var implementeret, da personale der håndterede sundhedsfaglige opgaver bar smykker og neglelak.

Ved tilsynet havde behandlingsstedet ikke en instruks om håndtering af smitsomme sygdomme og brug af arbejdsdragt.

Efter tilsynet har herberget indsendt en revideret fyldestgørende instruks for hygiejne med beskrivelse af brug af arbejdsdragt samt forholdsregler ved smitsomme sygdomme ved beboerne.

På baggrund af den drøftelse der fandt sted ved tilsynet, vurderer vi, at herberget er i stand til at sikre implementering af instruksen for hygiejne.

Samlet vurdering

Vi har lagt vægt på, at herberget nu havde en patientsikker medicinhåndtering.

På trods af at herberget havde været i gang med den sundhedsfaglige journalføring i meget kort tid, på grund af den korte periode fra, at de måtte genoptage den sundhedsfaglige behandling til afholdelse af tilsynsbesøget, konstaterede vi en systematisk journalføring. Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at herberget havde begrænsede sundhedsfaglige opgaver og ansvar for fire af beboerne. Det er dog vores opfattelse, at herberget havde et fyldestgørende overblik over de opgaver og ansvar, de havde i forhold til de sundhedsfaglige opgaver.

Vi vurderer, at herberget aktuelt har de fornødne kompetencer til at fortsætte den videre implementering af journalføringen. Vi forudsætter, at herberget følger vores henstillinger.

På den baggrund vurderer vi, at der samlet set er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Henstillinger

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Landslægen henstiller følgende:

Målepunkt	Henstillinger
5.	Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
6.	Behandlingsstedet skal sikre, at patientens aktuelle og potentielle problemer og er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation.
12.	Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne

3. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	X			
2.	Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser	X			

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	X			
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er	X			

	overskuelig, systematisk og føres i én journal				
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Der var fyldestgørende beskrivelser af aftalerne med de behandlingsansvarlige læger, men der fremgik ikke en samlet oversigt over beboernes sygdomme og funktionsnedsættelser. Herberget havde fyldestgørende kendskab til beboernes sygdomme og funktionsnedsættelser og redegjorde for hvor oversigten fremadrettet skulle være i journalen.
6.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer		X		I en stikprøve var der beskrivelser af nogle af patientens aktuelle og potentielle problemområder, men der var dog flere områder, som endnu ikke var fyldestgørende beskrevet. Herberget kunne fyldestgørende redegøre for patientens problemstillinger og hvilke opgaver og ansvar herberget havde i den forbindelse. Det blev oplyst, at den manglende journalføring alene skyldes, at de ikke var nået så langt endnu.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			

Delegation

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

8.	Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)			X	Der blev ikke varetaget delegeret forbeholdt virksomhed på herberget.

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	X			
10.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	X			

Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	X			

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

12.	Observation og interview om procedurer for hygiejne		X		Herberget havde en fyldestgørende instruks for håndhygiejne, men denne var ikke implementeret, da personalet der håndterede medicin, bar smykker og neglelak. Lederen tilkendegav, at der straks ville blive rettet op på dette, og at det fremadrettet ville det blive en regel på herberget, at personalet ikke måtte bære smykker og neglelak. Instruksen for hygiejne manglede beskrivelse af håndtering af smitsomme sygdomme og brug af arbejdsdragt.

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Herberg Frelsunarhersins er et privat herberg under Frelsens Hær, beliggende i Tòrshavn.
- Målgruppen er voksne med sociale problematikker, som eksempelvis hjemløshed samt misbrug. Beboerne har ofte både somatiske og psykiatriske sygdomme.
- Der er plads til 11 beboere på herberget
- Herberg Frelsunarhersins varetager medicinhåndtering og relevante observationer i den forbindelse for fire beboere. Desuden kan Herberg Frelsunarhersins varetage enkle sundhedsfaglige opgaver som f.eks. blodtryksprofil forud for kontrol hos lægen.
- Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Tórshavn varetager de fleste sundhedsfaglige opgaver omkring beboerne. f.eks. vedrørende kateterpleje, sårpleje og kompressionsstrømper.
- Der er 11 fastansatte på herberget, heraf en sygeplejerske på fuld tid samt en sygeplejerske enkelte timer om ugen.
- Der er personaletilstedeværelse hele døgnet med vågen nattevagt.
- Herberg Frelsunarhersins samarbejder primært med Helsehuset i Tórshavn, kommunelæger samt sygehusafdelinger.
- Personalet tilbyder at ledsage beboerne til konsultationer og kontroller hos læge.

Begrundelse for tilsyn

Herberg Frelsunarhersins fik den 25. maj 2023 et påbud om at indstille al medicinhåndtering på stedet. Påbuddet kunne ophæves, når Landslægen havde vurderet det forsvarligt efter modtagelse af nedenstående fra behandlingsstedet:

- Instruks for medicinhåndtering
- Instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling
- Redegørelse for, hvordan behandlingsstedet vil sikre implementering af ovenstående instrukser.

Den 20. november 2024 indsendte Herberg Frelsunarhersins instrukser og tilkendegav, at de ønskede at få påbuddet om indstilling af medicinhåndtering ophævet.

Landslægen foretog et opfølgende tilsyn den 20. januar 2025, samt modtog efterfølgende den 12. februar 2025 en opdateret medicininstruks og instruks for personalets kompetencer, ansvar og opgavefordeling samt en redegørelse for implementering heraf.

Vi vurderede, at der nu var skabt de fornødne rammer for, at medicinhåndteringen kunne genoptages på forsvarlig vis. Vi fandt derfor grundlag for at ophæve påbud af den 23. maj 2023 og erstattede det den 11. april 2025 med et påbud om at straks, at sikre:

- forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruks herom
- at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå

- tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
- udarbejdelse og implementering af instruks for hygiejne

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

Om tilsynet

- Målepunkterne anvendt ved tilsynet tog udgangspunkt i Styrelsen for Patientsikkerheds målepunkter for bosteder
- Der blev gennemført interview af ledelse og personale
- Der blev gennemgået instrukser
- Der blev gennemgået tre journaler, som var udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter

Følgende deltog ved tilsynet og ved den afsluttende opsamling på tilsynets fund:

- Martin Kúrberg, leder
- To sygeplejersker

Tilsynet blev foretaget af:

- Lars Fodgaard Møller, landslæge Færøerne
- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent, TR-Vest, Styrelsen for Patientsikkerhed
- Linda Bjerge Kok, oversygeplejerske, TR-Vest, Styrelsen for Patientsikkerhed

5. Bilag

Uddybning af målepunkter

Behandlingstedets organisering

1: Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling
Tilsynsførende gennemgår instruks om personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling med ledelsen og interviewer personalet om, hvorvidt de kender og følger instruksen. Der er fokus på: • beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer • brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet Referencer: Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

2: Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser
Tilsynsførende interviewer ledelsen og gennemgår de skriftlige instrukser med henblik på at vurdere, om de overholder de formelle krav til instrukser**,** herunder om de er tilgængelige, daterede, indeholder oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og er forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring. De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den ansvarlige og målgruppen. Referencer: Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, BEK nr. 613 af 10. juni 2014 Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Journalføring

3: Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation

Tilsynsførende gennemgår instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation.
Ved gennemgang af instruksen skal personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. være beskrevet

Referencer:
Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

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

4: Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har udarbejdet notatet
- notaterne er skrevet på dansk, fraset eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen

Referencer:
Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

5: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.
Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handikap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Referencer:
Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014
Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9521 af 7. juli 2021

6: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activites of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9019 af 15. januar 2013

7: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.
Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:
Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014

Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, VEJ nr. 9521 af 7. juli 2021

Delegation

8: Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:
Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, BEK nr. 613 af 10. juni 2014

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

Medicinhåndtering

9: Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

-Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)

-Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)

-Lavdosis methotrexat.

-Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)

-Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)

-Gentamicin

-Digoxin

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

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler

10: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:
Vejledning om sygeplejefaglig journalføring, VEJ nr. 9521 af 7. juli 2021

Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019

11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinhåndtering 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 medicinhåndtering- 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 doseringsæskerne/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 patienters 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, er ikke 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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015

Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013

Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009

Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019

Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018

Patienters retsstilling

12: Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.

- **Samtykkekompetence/handleevne:** Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykkekompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værgen eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- **Informeret samtykke:** Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

Bekendtgørelse for Færøerne om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 582 af 2. maj 2019

Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998

Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002

Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007

Bekendtgørelse for Færøerne om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 587 af 10. juni 2014

Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021

Anordning nr. 821 af 22. juni 2018 om ikrafttræden for Færøerne af sundhedsloven, som broytt við anordning nr. 1443 frá 29. juni 2021

Anordning nr. 1443 af 29. juni 2021 om ikrafttræden for Færøerne af forskellige love om ændring af sundhedsloven

Hygiejne

13: Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017

Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019

Anordningekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5,

Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021

Øvrige fund

14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:
Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 66, §213 og §215b), LBK nr. 903 af 26. august 2019

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar (fx på bosteder).

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner[1] udfører undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[2].

Baggrund

Den 1. juli 2022 blev bekendtgørelsen om risikobaserede tilsyn sat i kraft på Færøerne. Landslægen har forpligtelse til at gennemføre tilsyns- og læringsaktiviteter for alle typer af behandlingssteder i sundhedsvæsenet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling. Landslægen udvælger temaer og målepunkter risikobaseret ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden og tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper.

Formålet med tilsynsbesøget er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet. Desuden har tilsynet til formål at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside under Tilsyn med behandlingssteder. Der er desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som kan tilgås 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.

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 behandlingsstedet[1]. 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 tilsynet[2]. 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 patientsikkerheden[3].

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 Landslægens hjemmeside.

Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet.

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

[1] Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

[3] Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

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 delvist[4].

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 tilsynsbesøg[5], 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.

[4] Se sundhedsloven § 215 b

[5] Se sundhedsloven § 213, stk. 1