

# Tilsynsrapport Allinghus

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

**Allinghus**  
**Bondehavevej 25**  
**8544 Mørke**

**CVR- nummer:** 45177890 **P-nummer:** 1031070461 **SOR-ID:** 1509971000016003

**Dato for tilsynsbesøget:** 23-04-2026

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

**Sagsnr.:** 35-2011-23855



# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget materiale fra Allinghus.

Vi anerkender, at Allinghus har iværksat tiltag med henblik på at rette op på den sundhedsfaglige journalføring og udarbejdelse og implementere sundhedsfaglige instrukser, hvor der blandt andet beskrives, at der foretages systematisk gennemgang af sundhedsfaglig dokumentation, beskrivelse og implementering af relevante instrukser, arbejdsgange og procedurer samt styrket fokus på systematisk identifikation af sundhedsfaglige risici.

Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 22. juni 2026 givet Allinghus et påbud om straks at sikre:

1. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
2. udarbejdelse og implementering af instrukser for:
  - personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling
  - patienternes behov for behandling
  - medicinhåndtering
  - hygiejne og smitsomme sygdomme

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi har ophævet et påbud, fjernes det fra hjemmesiderne.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **23-04-2026** vurderet, at der på **Allinghus** er:

### Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

#### Instrukser

Fraset en procedure i medicinhåndtering havde botilbuddet Allinghus ikke udarbejdet sundhedsfaglige instrukser.

Når opgaver og ansvarsfordeling ikke fremgår af en instruks og det dermed ikke er tydeligt for medarbejderne, hvordan opgavefordelingen er, så er der risiko for, at de sundhedsfaglige opgaver ikke bliver udført af medarbejdere med de rette kompetencer.

Manglende instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instrukser har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. De skal også forebygge tvivl hos medarbejdere i situationer, hvor det kan medføre risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført eller bliver udført forkert. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, hvis behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særlig problematisk, da personalet generelt ikke var sundhedsfagligt uddannet og dermed ikke havde en faglig indsigt i patientsikkerhedsmæssige risici.

### **Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring**

Vi konstaterede, at der ikke var en instruks for sundhedsfaglig journalføring, men på trods af dette fremstod den sundhedsfaglige journalføring kun med få mangler. Behandlingsstedet kunne redegøre for, at en konkret medarbejder dokumenterede ud fra den erfaring, vedkommende havde omkring journalføring. Der blev redegjort for behandlingsstedets dokumentationspraksis og vurderinger af de 12 sygeplejefaglige områder af den konkrete medarbejder.

Vi vurderer, at det udgør en risiko, hvis der ikke er en instruks for sundhedsfaglig journalføring, og når de øvrige medarbejdere, nye medarbejdere og vikarer ikke var instrueret i, hvilke opgaver og ansvar, de havde i forhold til at føre journal, ligesom de ikke kendte kravene til indhold og systematik. De kan dermed ikke understøtte en ensartet og sikker sundhedsfaglig beskrivelse af patienternes problemområder, der skal udgøre grundlaget for den pleje og behandling, opfølgning og evaluering, der skal foretages hos patienten.

### **Medicinhåndtering**

Vi fandt få mangler i medicinhåndteringen. Det omhandlede manglende opdatering af det aktuelle handelsnavn på medicinske præparater. Vi blev oplyst ved tilsynet, at den sundhedsfaglige medarbejder kunne tilgå FMK og opdatere lægens ordinationer, men der var ikke taget stilling til, hvordan proceduren skulle være fremadrettet, når der ikke var sundhedsfaglige medarbejdere i organiseringen. Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når lægens ordinationer ikke kan opdateres og det kan skabe usikkerhed om, hvorvidt patienten har fået den ordinerede medicin.

Vi konstaterede, at behandlingsstedet instruks for medicinhåndtering var meget mangelfuld, og at behandlingsstedet oplyste, at det ikke var besluttet arbejdsgange for flere delområder af medicinhåndteringen. Vi vurderer, at den manglende instruks og manglende sundhedsfaglige medarbejdere, der har varetaget opgaven, kan udgøre en risiko for den fremadrettede medicinhåndtering på behandlingsstedet.

### **Patienters retstilling**

Vi vurderer, at behandlingsstedet i praksis havde kendskab til, hvem de skulle tage kontakt til i tilfælde af ændringer i patienternes tilstand og eventuel lægekontakt og opstart af behandling, men at der ikke var en fast praksis for dokumentation af dette.

### **Hygiejne**

Behandlingsstedet havde ikke en instruks for hygiejne og kunne ikke redegøre for korrekt håndhygiejne, når der blev udført sundhedsfaglige opgaver. Vi vurderer også, at brugen af fælles håndklæde udgør en risiko

for patientsikkerheden, da håndklæder kan virke som reservoir for bakterier og dermed genforurening af hænderne.

### **Samlet vurdering**

Vi vurderer, at de påviste mangler inden for sundhedsfaglige instrukser havde et større omfang og kræver en systematisk og målrettet arbejde for at bringe forholdene i orden samt få instrukserne implementeret hos medarbejderne.

Vi har lagt vægt på, at patientgruppen på behandlingsstedet er børn og unge, der er særligt sårbare og hvor ændringer i tilstanden kan kræve tætte observationer og hurtig opfølgning

Samlet set vurderer vi derfor, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

## 2. Krav og henstillinger

### Krav

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

Nummer	Navn	Krav
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</li> </ul>
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for patienternes behov for behandling</li> </ul>
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation</li> </ul>
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand</li> </ul>

8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at at der i instruksen for medicinhåndtering er beskrevet hvordan man håndterer håndkøbslægemidler og kosttilskud.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet håndterer dosisdispenseret medicin.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet håndterer ikke-dispenseret medicin.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruksen for medicinhåndtering.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre at håndtering af risikosituationslægemidler er beskrevet i medicinhåndteringsinstruksen.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger.</li> </ul>
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i sundhedsfaglige dokumentation</li> </ul>
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne</li> </ul>

## Henstilling

9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten</li></ul>
----	--	---

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling		X		Der var ikke en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Behandlingsstedet kunne redegøre for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling i forhold til varetagelse af de sundhedsfaglige opgaver.
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		Der var ikke en instruks for patienternes behov for behandling. Behandlingsstedet kunne redegøre for en patientsikker arbejdsgang ved akut opstået sygdom og ulykke.

### Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Der var ikke udarbejdet en instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Behandlingsstedet kunne redegøre for personalets opgaver og ansvar i forhold til journalføring samt arbejdsgange for systematik til føring af den sundhedsfaglige dokumentation.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	X			
5.	Journalgennemgang med henblik på	X			

	vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici				
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		I en journal var der ikke en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. I en journal manglede der enkelte beskrivelser af funktionsnedsættelser i oversigten.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			

## Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		<p>Der var udarbejdet en intern procedure for medicinhåndtering, men denne var ikke fyldestgørende. Der manglede beskrivelser af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalets kompetencer, ansvar og opgaver i forbindelse med medicinhåndtering.</li> <li>• Proceduren for dokumentation af medicinordinationer.</li> <li>• Hvordan ikke dispenserbart medicin administreres</li> <li>• Hvordan risikosituationslægemidler og ikke lægeordineret håndkøbslægemidler og kosttilskud håndteres.</li> <li>• Hvordan personalet håndterer dosisdispenseret medicin.</li> <li>• Personalets opgaver og ansvar i samarbejde med behandlingsansvarlige læger,</li> </ul>

					<p>herunder håndtering af kronisk sygdom.</p> <p>Behandlingsstedet redegjorde for, at der ikke blev håndteret håndkøbslægemidler og kosttilskud, før lægen havde godkendt præparatet til den enkelte patient og ordineret det i FMK.</p> <p>Personalet oplyste, at der ikke var besluttet systematiske arbejdsgange i forhold til medicin håndtering.</p>
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		I begge stikprøver var medicinlisten ikke opdateret med det aktuelle handelsnavn på tre præparater.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	X			

## Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		<p>Behandlingsstedet oplyste, at der ikke var en fast praksis for, at dokumentere informeret samtykke til iværksat pleje og behandling, men at dette altid var forudgået af en drøftelse med patient og pårørende. Behandlingsstedet kunne dog redegøre for, hvem der kunne give et informeret samtykke hos den konkrete patient.</p> <p>Vi konstaterede ingen eksempler, hvor det var relevant at indhente et informeret samtykke.</p>

## Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme		X		Der var ingen instruks for hygiejne og smitsomme sygdomme og medarbejderne var ikke bekendte med de hygiejniske principper for korrekt håndhygiejne i forbindelse med sundhedsfaglige opgaver. Der var ikke engangshåndklæder tilgængelige for personalet.

## Øvrige fund

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

# 4. Baggrundsoplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Allinghus er et privat botilbud beliggende i Syddjurs Kommune.
- Målgruppen er omsorgssvigtede børn og unge med psykiske, sociale og adfærdsmæssige udfordringer, herunder tilknytningsforstyrrelser, selvskadende adfærd og udadreagerende adfærd. Der kan visiteres til behandlingsstedet fra hele landet.
- Allinghus har plads til fem unge i alderen fra 12 – 18 år. Der er mulighed for efterværn op til 23 år. Ved tilsynet boede der fire unge.
- Der er ansat 16 medarbejdere med overvejende pædagogisk erfaring og en enkelt sundhedsfaglig medarbejder, som vi blev oplyst om skulle fratræde sin stilling. Der er tilknyttet fire tilkaldevikarer og en fleksmedarbejder.
- Allinghus samarbejder med regionspsykiatrien, praktiserende læger, tandlæger mm.
- De sundhedsfaglige opgaver består primært af medicin håndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse omhandlende medarbejdernes kompetencer i forhold til medicin håndtering og hygiejne.

## Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside [www.stps.dk](http://www.stps.dk) under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet
- Der blev gennemført interview af medarbejdere. Tilbudslederen deltog ikke udover at være med på en telefon ved tilsynets afsluttende opsamling på fundene.
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt ved tilsynsbesøget.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

Ved tilsynet deltog:

- To medarbejdere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Allan Damkjær -Bruun, tilbudsleder (med på telefon ved den afsluttende opsamling)
- To medarbejdere

Tilsynet blev foretaget af:

- Herdis Jespersen, oversygeplejerske
- Jane Filtenborg Bjerregaard, oversygeplejerske

## **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*.