STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Tilsynsrapport
Rusmiddelcenter, Rudersdal

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Misbrugscentre 2019 - 2022

Rusmiddelcenter, Rudersdal
Teglporten 11
3460 Birkerød

CVR- nummer: 29188378 **P-nummer:** 1024922983 **SOR-ID:** 468791000016000

Dato for tilsynsbesøget: 08-11-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning
Sagsnr.: 35-2011-10979

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget en handleplan af 23. februar 2023 samt instruks for håndhygiejne, retningslinjer for infektionshygiejne, instruks for sundhedsfaglig dokumentation, instruks for kompetence og ansvarsfordeling, instruks vedrørende afrusning og abstinensbehandling samt instruks for arbejdet med egenvurderinger, som opfylder vores henstillinger.
Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **08-11-2022** vurderet, at der på **Rusmiddelcenter, Rudersdal** er

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruksgennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Behandlingsstedet var under omorganisering, og manglede en politisk afklaring af, hvordan Rusmiddelcenter, Rudersdal (herefter Teglporten) fremover skulle fremstå i forhold til opgaver og organisering. I overgangsperioden var der ansat en konstitueret leder af Rusmiddelcenteret samt en ny lægekonsulent. Da der aktuel var tre vakante stillinger, blev der ydet hjælp fra hjemmeplejen. Man varetog færre samtaler end normalt og patienter blev henvist til andre Rusmiddelcentre.

Instrukser

Vi har lagt vægt på, at en række målepunkter for Teglportens instrukser ikke var opfyldt, og at der var mangler i forhold til instrukserne for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, sundhedsfaglig dokumentation, afrusning og abstinensbehandling samt hygiejneinstruks.

Fravær af sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på det enkelte personales faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation i forbindelse med nyansættelser, brug af vikarer og skiftende personale.

Sundhedsfaglig dokumentation

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at instruksen for den sundhedsfaglige dokumentation ikke var fyldestgørende. Fravær af en handlingsanvisende instruks for den sundhedsfaglige dokumentation indebærer en betydelig risiko for patientsikkerheden, idet der er behov for en tydelig rammesætning og instruktion af ikke-sundhedsfagligt personale med henblik på at sikre den fornødne sundhedsfaglige dokumentation på et sted som Teglporten.

I to ud af fem gennemgåede journaler manglede beskrivelse af skærpet information til patienter ved brug af behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller abstinensbehandling, indikation, mulige bivirkninger mv. Dette kunne redegøres for ved interview. Ligeledes manglede aftrapningsplan for Mirtazapin, hvilket der kunne redegøres for.

Hygiejne

Det er vores vurdering, at der er risiko for at patienter udsættes for smitte, når der ikke foreligger en fyldestgørende instruks for hygiejne, og de hygiejniske retningslinjer ikke overholdes.

Opsamling

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at flere målepunkter for Teglportens instrukser ikke var opfyldt og at behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller abstinensbehandling manglede dokumentation for skærpet information. Endelig manglede en aftrapninsplan for Mirtazapin. Behandlingstedet kunne tildels redegøre for de manglende fund.

Vi vurderer samlet, der er mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi vurderer, at behandlingsstedet kan rette op på manglerne ved at udarbejde og følge en handleplan, som beskriver hvordan henstillingerne bliver løst, hvordan de implementeres, og hvordan der følges op på henstillingerne.

Instrukser for målepunkterne 1, 4, 8 og 24 bedes indsendt til Styrelsen for Patientsikkerhed inden 14 dage.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Målepunkt		Henstillinger
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	• Behandlingsstedet skal sikre, at brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed foregår i overensstemmelse med vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp. • Behandlingsstedet skal sikre en faglig forsvarlig tilrettelæggelse af arbejdet, herunder at personalet har de fornødne kompetencer ift. ansvars- og opgavefordeling.
4.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	• Behandlingssteder skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger.
8.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende afrusning og abstinensbehandling - alkoholbehandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en instruks for modtagelse, visitation og observation af patienter til afrusning og abstinensbehandling. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruks vedrørende afrusning og abstinensbehandling.
18.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller abstinensbehandling - alkoholbehandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at patienterne instrueres grundigt i indtagelse af medicinen, hvilke symptomer, der kræver lægekontakt og hvilken læge, der skal kontaktes.
24.	Interview om procedurer for hygiejne	• Behandlingsstedet skal sikre, at der er procedurer for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold		X		I instruks for ansvars- og kompetenceforhold var behandlingsstedets tilknyttede læge ikke beskrevet og oplysninger om, hvornår lægen var fysisk tilstede, tilgængelig telefonisk og arbejdsgang ved ferie eller fravær var ikke tilgængelige, men oplysningerne kunne der redegøres for ved interview. Det fremgik af instruks og interview, at alle medarbejdere måtte udlevere medicin, men krav om medicinhåndteringskursus var ikke beskrevet i instruksen men kunne redegøres for. Varetagelse af opstart af behandling med antabus var beskrevet som muligt for alle medarbejdere uden at rammedelegation forelå. Ved interview redegjorde personalet for, at alle andre end lægen udleverede antabus. Instruks manglede beskrivelse af ansvarsområder for vikarer, hvilket der ikke kunne redegøres fyldestgørende for. Betegnelsen "sundhedsfaglige medarbejdere" blev gennemgående benyttet og inkluderede både sygeplejefaglige og lægefaglige opgave- og ansvarsområder, men personalet kunne redegøre for opgavefordelingen. Det fremgik ikke af instruksen, hvem der tæller medicin op ved sygeplejerskens fravær, hvilket der ved interview kunne redegøres for.
2.	Interview om instruktion af medarbejdere, der udfører delegerede sundhedsfaglige opgaver (lægeforbeholdt virksomhed)	X			
3.	Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser	X			

Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		I instruks for sundhedsfaglig dokumentation manglede en adskillelse af journalkrav for forskellige personalegrupper, herunder forskellen på læge- og behandlerjournaler. Personalet kunne redegøre for dette.
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation – aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			
6.	Journalgennemgang med henblik på at vurdere, om der foreligger en systematisk vurdering af suicidalrisiko hos patienter i behandling med antipsykotika	X			
7.	Journalgennemgang med henblik på udredning af alkoholmisbrug og samtidig somatisk/psykisk sygdom - alkoholbehandling	X			
8.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende afrusning og abstinensbehandling - alkoholbehandling		X		I instruks vedrørende afrusning og abstinensbehandling manglede systematiske kriterier for ambulant afrusning, inkl. at patienten ikke bor alene eller mangler et netværk, hvilket der ikke kunne redegøres for blandt personalet.
9.	Journalgennemgang vedrørende visitation i forbindelse med afrusning og abstinensbehandling - alkoholbehandling	X			
10.	Journalgennemgang med henblik på udredning af misbrugstilstanden og samtidig somatisk/psykisk sygdom - stofmisbrugsbehandling	X			
11.	Journalgennemgang og interview med henblik på			X	

	vurdering af den lægelige behandlingsplan for misbrugsbehandlingen - stofmisbrugsbehandling				

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med antipsykotika med fokus på forebyggelse af kardiovaskulær sygdom og type 2-diabetes	X			
13.	Interview om akutberedskab	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering			X	
15.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation – enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt	X			
16.	Gennemgang af dispenseret medicin			X	
17.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med afhængighedsskabende lægemidler, herunder benzodiazepiner og opioider			X	
18.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller		X		I to ud af fem gennemgåede journaler manglede beskrivelse af skærpet information til patienter ved brug af off label medicin herunder information om off label brug, indikation, mulige

	abstinensbehandling - alkoholbehandling				bivirkninger mv. Dette kunne redegøres for ved interview. Ved journalgennemgang manglede aftrapningsplan ligeledes for Mirtazapin, hvilket der kunne redegøres for.
19.	Interview vedrørende behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller abstinensbehandling - alkoholbehandling	X			
20.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af substitutionsbehandling med buprenorphin - stofmisbrugsbehandling			X	
21.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af substitutionsbehandling med metadon - stofmisbrugsbehandling			X	

Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
22.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af informeret samtykke til behandling			X	
23.	Interview om det frie valg af stofmisbrugsbehandlingstilbud	X			

Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
24.	Interview om procedurer for hygiejne		X		I behandlingsstedets instruks for hygiejne manglede beskrivelse af fjernelse af ure, ringe osv. ved sundhedsfaglig opgavevaretagelse.

Diverse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
25.	Apparatur til måling af alkoholpromillen	X			

Øvrige fund

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

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Rusmiddelcenter Rudersdal (herefter Teglporten) er et rusmiddelcenter i Rudersdal kommune.
- Teglporten havde to medarbejdere, som ved tilsynet var ansat hhv. 20 og 30 timer/uge med tiltagende timeantal. Indtil september 2022 havde Teglporten fem medarbejdere. Konstitueret leder, Lena Søeborg, havde været ansat siden september 2022. De tre vakante stillinger var aktuelt ikke slået op og afventede kommunal afklaring. Tidligere ansat psykiater i konsulentstilling planlagde Teglporten ikke aktuelt genbesat.
- Teglporten var normeret til 130 forløb ved fuld kapacitet, men havde ved tilsynet 44 forløb. Teglporten tog fortsat nye forløb ind, men nye henvendelser blev enten direkte eller efter rådgivning henvist til andet tilbud. Teglporten varetog færre samtaler end tidligere, men forventede samtaler genoptaget, når politisk afklaring foreligger.
- Sundhedspersoner med misbrug i tilsyn prioriteredes.
- Teglporten har siden sommeren 2022 haft tilladelse til at behandle unge ned til 15 år.
- Grundet frafald i medarbejdergruppen henviste Teglporten borgere med misbrugsproblematikker primært til Novavi Lyngby og KABS Gentofte. Desuden var Teglportens åbningstider blevet begrænset til to timer/dag mandag-torsdag. Teglportens ambulatorium blev varetaget af to eksterne sygeplejersker fra kommunens hjemmesygepleje mandag og torsdag. Ingen brug af vikarbureau aktuelt. Telefonen var åben dagligt kl.9-12.
- Teglporten havde lægekonsulent tilknyttet, som fysisk var tilstede mandag to-tre timer, men var ellers tilgængelig pr. telefon. Teglporten og lægekonsulenten benyttede webrec.
- Teglporten samarbejdede med Stolpegården ift. psykiatriske diagnoser.
- Audit blev gennemført efter årshjul fra lokalt kvalitetsråd.
- Teglporten benyttede journalsystemet Sensum Bosted.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et Reaktivt - Udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for misbrugscentre 2019 - 2022 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået fem journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget

Ved tilsynet deltog:

- Mette Ryle, sundhedschef Rudersdal, sygeplejerske
- Lena Søeborg, konstitueret leder af Rusmiddelcenteret
- Anne Marie Højlev, ansvarshavende læge i konsulentstilling, speciallæge i almen medicin.
- Sundhedsfaglig konsulent i kvalitetsstaben i Rudersdal kommune
- En socialpædagog
- En sygeplejerske fra anden time af tilsynets varighed

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til ovennævnte personkreds.

Tilsynet blev foretaget af:

- Annemarie Rohrberg, Oversygeplejerske
- Maria Assens, Læge

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold
Tilsynsførende interviewer ledelsen om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper. Ved interview af ledelsen er der fokus på: • beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer • brugen af delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet. 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

2. Interview om instruktion af medarbejdere, der udfører delegerede sundhedsfaglige opgaver (lægeforbeholdt virksomhed)
Tilsynsførende interviewer misbrugscentrets læge/læger med henblik på at vurdere, hvordan de sikrer instruktion og tilsyn i forbindelse med personalets udførelse af delegeret lægeforbeholdt virksomhed. Tilsynsførende interviewer personale, der udfører delegeret lægeforbeholdt virksomhed, om lægens instruktion. Der skal foreligge en skriftlig instruks, når personale udfører delegeret lægeforbeholdt virksomhed. Ved interview af misbrugscentrets læge/læger er der fokus på: • hvordan lægen sikrer sig, at personalet er instrueret i delegeret lægeforbeholt virksomhed og har forstået instruktionen, herunder i at behandle eventuelle komplikationer og hvornår der skal tilkaldes hjælp. Ved interview af personale, der udfører delegeret lægeforbeholdt virksomhed, er der fokus på: • om personalet føler sig tilstrækkeligt instrueret i varetagelsen af den delegerede lægeforbeholdte virksomhed. 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

3. 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 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 af 11. december 2009 • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000

Journalføring

4. 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. Ved gennemgang af instruksen skal følgende være beskrevet: • Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til optegnelser, der indeholder sundhedsfaglig dokumentation. • Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til disse samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen jf. ovennævnte punkter. Referencer: • Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000 • Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021

5. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation – aktuel beskrivelse af pleje og behandling, opfølgning og evaluering
Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på, om: • den indeholder en beskrivelse af pleje og behandling samt evt. opfølgning, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

• der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021

6. Journalgennemgang med henblik på at vurdere, om der foreligger en systematisk vurdering af suicidalrisiko hos patienter i behandling med antipsykotika

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er udført en systematisk sundhedsfaglig vurdering af suicidalrisiko og plan for opfølgning.

Journalen skal som minimum indeholde oplysninger om sundhedspersonens vurdering af:
• hvorvidt patienten vurderes selvmordstruet
• hvis patienten vurderes selvmordstruet, skal planen for opfølgning fremgå, og det skal fremgå, at der bliver fulgt relevant op.

Vurderingen skal som minimum finde sted efter indlæggelse, ved væsentlige ændringer i behandlingen eller i forværring af sygdomstilstanden.

Referencer:
- Vurdering og visitation af selvmordstruede, Sundhedsstyrelsen 2007

7. Journalgennemgang med henblik på udredning af alkoholmisbrug og samtidig somatisk/psykisk sygdom - alkoholbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der foreligger udredning af alkoholmisbruget.

I lægens udredning skal indgå optagelse af en grundig misbrugsanamnese, en objektiv undersøgelse og en lægelig vurdering af somatiske og psykiske sygdomme.

Ved journalgennemgang hos patienter med et alkoholmisbrug fokuseres der på, at:
• der er optaget en misbrugsanamnese med vurdering af drikkemønsteret, det daglige misbrug og varigheden af den aktuelle misbrugsperiode tidligt i behandlingsforløbet
• forløbet af evt. tidligere behandlingsforløb er beskrevet, herunder særligt om der tidligere har været udviklet delirium tremens/kramper
• der er indikation for afrusning, abstinensbehandling og videre medicinsk alkoholbehandling
• der ved en af de første konsultationer i behandlingsforløbet er foretaget en objektiv undersøgelse med fokus på kroniske alkoholrelaterede lidelser og undersøgt for øvrige alkoholrelaterede komplikationer/lidelser

• der er foretaget relevant somatisk og psykiatrisk udredning, og såfremt, der vurderes behov for opfølgning herpå, at der er henvist til relevant tilbud.

Udredningen kan eventuelt være foretaget andetsteds. Oplysningerne skal dog fremgå af journalen på behandlingsstedet.

Referencer:
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 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

8. Gennemgang af og interview om instruks vedrørende afrusning og abstinensbehandling - alkoholbehandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for modtagelse af patienter til afrusning og abstinensbehandling med ledelsen og interviewer medarbejdere om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Ved gennemgang af instruksen skal følgende fremgå:
• Instruksen skal beskrive kriterier for visitation til indlæggelse eller ambulant behandling eller viderehenvisning til hospitalsindlæggelse. Endvidere skal instruksen indeholde krav til observation under afrusning. Instruksen skal desuden indeholde beskrivelse af symptomer på overdosering med benzodiazepiner og behandlingen heraf.
• Det skal fremgå af instruksen, at såfremt patienten indlægges på behandlingsstedet, skal patienten observeres med abstinensscoring inklusive sved, tremor, motorisk uro, puls, temperatur, hallucinationer og bevidsthedsniveau – i starten mindst hver time. Der skal også tages stilling til, om patienten skal have fast vagt.
• Ved ambulant afrusning og abstinensbehandling skal instruksen beskrive, i hvilke tilfælde ambulant afrusning kan finde sted.

Afrusning og abstinensbehandling kan som hovedregel varetages ambulant, når patienten er vågen og klar samt kan modtage og forstå behandlingsinstruktionen og ikke bor alene eller mangler et netværk. Der må ikke være svære abstinenssymptomer, sidemisbrug, alvorlig psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, hovedtraume i anamnesen inden for den seneste måned eller tidligere delirium tremens.

Før opstart af behandling skal patienten, medmindre særlige omstændigheder taler herfor, vurderes af en læge ved personlig konsultation.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019
- Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 af 11. december 2009

- 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. Journalgennemgang vedrørende visitation i forbindelse med afrusning og abstinensbehandling - alkoholbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om instruksen for modtagelse af patienter til afrusning og abstinensbehandling blev fulgt, således at patienterne er blevet visiteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt og indlagte patienter overvåget patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Afrusning og abstinensbehandling kan som hovedregel varetages ambulant, når patienten er vågen og klar samt kan modtage og forstå behandlingsinstruktionen og ikke bor alene eller mangler et netværk. Der må ikke være svære abstinenssymptomer, sidemisbrug, alvorlig psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, hovedtraume i anamnesen inden for den seneste måned eller tidligere delirium tremens.

Døgnbehandling kan begrundes i patientens ønske eller sociale forhold.

Ordination af benzodiazepiner skal, medmindre særlige omstændigheder taler herfor, ske ved personlig konsultation med læge.

Patienten skal som hovedregel henvises til hospitalsindlæggelse ved et eller flere af nedenstående forhold:
• svære abstinenssymptomer og/eller høj alkoholpromille (> 3) (svære abstinenssymptomer kan for eksempel være puls over 110, temperatur over 38, hallucinationer samt usikkerhed i egne data og tid)
• delirium tremens (bevidsthedsplumring/hallucinationer)
• tidligere kramper eller delirium tremens
• betydende psykiatrisk eller somatisk komorbiditet
• alkoholudløst psykose
• fare for sig selv inklusive selvmordstrusler
• hovedtraume inden for den seneste måned.

Referencer:
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 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

10. Journalgennemgang med henblik på udredning af misbrugstilstanden og samtidig somatisk/psykisk sygdom - stofmisbrugsbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der foreligger en tilstrækkelig udredning af misbrugstilstanden.

I lægens udredning skal indgå optagelse af en grundig misbrugsanamnese, en objektiv undersøgelse og en lægelig vurdering af somatiske og psykiske sygdomme.

Det skal fremgå af journalen, at:
• der er optaget en misbrugsanamnese og at graden af afhængighed er vurderet
• misbrugsrelaterede komplikationer og eventuel risikoadfærd er beskrevet
• der ved en af de første konsultationer i behandlingsforløbet er foretaget en objektiv lægeundersøgelse
• der er taget stilling til akutte medicinske somatiske behandlingskrævende problemstillinger, og såfremt dette vurderes aktuelt, er der henvist til relevant tilbud
• der er foretaget relevant somatisk og psykiatrisk udredning, og såfremt det vurderes, at der er behov for opfølgning, er der henvist til relevant tilbud
• patienten er tilbudt serologisk screening for hepatitis og HIV.

Udredningen kan eventuelt være foretaget andetsteds. Oplysningerne skal dog fremgå af journalen på behandlingsstedet.

Referencer:
- Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021

11. Journalgennemgang og interview med henblik på vurdering af den lægelige behandlingsplan for misbrugsbehandlingen - stofmisbrugsbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der er udarbejdet en lægelig behandlingsplan, og om planen er en del af journalen.

Af den lægelige behandlingsplan skal følgende fremgå:
• formålet med den sundhedsfaglige behandling, herunder behov for vurdering og eventuel behandling ved somatisk eller psykiatrisk specialist, samt behov for sociale behandlingsindsatser
• delegation* af substitutionsbehandlingen
• patientens sideløbende behandling ved speciallæge eller egen læge, såfremt der foreligger et samarbejde og/eller koordinering
• rammerne for substitutionsbehandling, fx om indtagelse skal være overvåget og om der kan gives tag-med-hjem-doser.

Personalet bliver endvidere interviewet med henblik på at vurdere, om de kender og følger behandlingsplanerne.

* Ifølge Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin må vurdering og ordination af substitutionsbehandling kun foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestil-linger samt i lægestillinger ved private institutioner og ved Kriminalforsorgen. Den behandlingsansvarlige læge kan delegere ordinationsretten/behandlingen til en anden læge, herunder en alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, eller til lægelig behandling på privat døgnbehandlingstilbud. En sådan delegation af substitutionsbehandlingen forudsætter patientens

samtykke, og at patienten/stofmisbrugeren er behandlingsmæssigt stabiliseret og kan honorere de krav, som en behandling hos en alment praktiserende læge/speciallæge stiller.

Referencer:
- Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021

Faglige fokuspunkter

12. Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med antipsykotika med fokus på forebyggelse af kardiovaskulær sygdom og type 2-diabetes

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler for patienter, hvor misbrugscentrets læge har behandlingsansvaret ift. patientens antipsykotiske medicin, for at undersøge, om behandling med antipsykotika er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig og i henhold til vejledning om behandling med antipsykotika. Der fokuseres på forebyggelse af kardiovaskulær sygdom og type 2-diabetes.

Bivirkninger ved antipsykotika er QTc-forlængelse. Dette forudsætter opmærksomhed ved opstart af anden medicin samtidig med den antipsykotiske behandling.

Det skal som minimum fremgå af journalen:
• at vurdering af 'kardial risikoprofil' er foretaget, herunder BT og EKG
• at patienten er henvist til kardiolog ved afvigelser i EKG og andre kardielle symptomer som brystsmerter, forpustethed, åndenød
• at vægt, BMI og taljeomfang følges
• at der foreligger kontrol af lipider og HbA1c (med fokus på forlænget QTc-interval)
• at der er diskuteret kost, rygning, alkohol og motion med patienten
• at der er lagt en plan for behandlingen, herunder tidspunkt for revurdering
• at der ved positive fund i forbindelse med screening og kontrol reageres med fx dosisregulering, skift af præparat eller drøftelse af henvisning til speciallæge, fx kardiolog.

Før behandling:
• Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)
• Vægt og BMI
• Taljeomfang
• Blodtryk
• HbA1c
• Faste plasmalipider
• EKG

2 uger:
• Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)
• Vægt og BMI
• Faste plasmalipider
• EKG

4 uger:
• Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)
• Vægt og BMI

8 uger:
• Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)
• Vægt og BMI

12 uger:
• Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)
• Vægt og BMI
• Blodtryk
• HbA1c
• Faste plasmalipider
• EKG

Årligt
• Anamnese og klinisk vurdering (effekt og bivirkninger)
• Vægt og BMI
• Taljeomfang
• Blodtryk
• HbA1c
• Faste plasmalipider
• EKG

Referencer:
• Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser, VEJ nr. 9276 af 6. maj 2014

13. Interview om akutberedskab

Tilsynsførende interviewer personale om procedurer for akutberedskab.
• Hjerte-lunge-redning:
  o Personalet er bekendt med procedurer for hjerte-lunge-redning.
  o Der skal forefindes Rubens ballon på behandlingsstedet.

• Lægemiddelforgiftning:
  o Personalet er bekendt med symptomer på akut lægemiddelforgiftning, herunder procedurer for anvendelse af de mest relevante antidoter, fx procedurer for anvendelse af Naloxone ved overdosering af opiater.

Ved interview med personale involveret i injektion af medicin og vaccination skal følgende fremgå:
• Anafylaksi:
  o Personalet er bekendt med proceduren for håndtering af anafylaksi, herunder adrenalinberedskab.
  o Der skal forefindes adrenalin ved injektionsbehandling.

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 behandling af akutte rusmiddelforgiftninger, VEJ nr. 77 af 31. oktober 2012
- 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

14. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personale om, hvorvidt de kender og følger instruksen. Instruksen skal følges som medhjælp for den ordinerende læge.

Ved gennemgang af instruksen skal det fremgå hvordan:
• personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
• personalegruppernes kompetencer er i forhold til medicinhåndtering
• 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, fx øjendråber, administreres korrekt.

Personalet er interviewet om, hvorvidt de kender og følger instruksen jf. ovennævnte punkter.

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 ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Bekendtgørelse om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger, BEK nr. 1615 af 18. december 2018
- Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000
- Bekendtgørelse om recepter og dosisdispensering af lægemidler, BEK nr. 776 af 01. juni 2022

15. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation – enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den indeholder beskrivelse jf. nedenstående.

Ved en medicinordination med fast medicin skal enkeltdosis og døgndosis samt tidspunkt for indgift være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation. Ved pn.-medicin skal enkeltdosis og maximal døgndosis være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation.

Referencer:
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Vejledning om sygeplejefaglig journalføring (Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021
- Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019

16. Gennemgang af dispenseret medicin

Tilsynsførende undersøger ved gennemgang af patientens medicin, om ledelse og personale sikrer, at fast medicin og eventuel pn.-medicin, der er dispenseret på forhånd, er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato.

Referencer:
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Styrelsen for Patientsikkerhed: Korrekt håndtering af medicin - Et værktøj for plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bosteder m.v, 2. udgave, november 2019

17. Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med afhængighedsskabende lægemidler, herunder benzodiazepiner og opioider

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om behandling med afhængighedsskabende lægemidler er patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig.

Ved journalgennemgang fokuseres der på, at:
• der er lagt en plan for behandlingen med benzodiazepiner, herunder en tidshorisont for revurdering af behandlingen, som hovedregel indenfor seks måneder.
• behandling med opioider er med langtidsvirkende opioider. Det skal det som hovedregel være, og eventuel behandling med korttidsvirkende opioider skal være begrundet. Det skal fremgå, hvem der har behandlingsansvaret.
• der er taget stilling til et eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen.
• ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler, medmindre særlige omstændigheder taler herfor, sker ved personlig konsultation.
• den for substitutionsbehandlingen ansvarlige læge har taget stilling til patientens eventuelle forbrug af benzodiazepiner, så denne behandling ikke ordineres af andre læger uden sammenhæng med misbrugsbehandlingen.

Referencer:
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019
- Vejledning om helbredskrav til kørekort, VEJ 9693 af 31. juli 2017
- Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016

18. Journalgennemgang med henblik på vurdering af behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller abstinensbehandling - alkoholbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om lægen tilser patienterne før opstart af behandling og tager konkret stilling til afrusningen eller abstinensbehandlingen af hver patient, og om udleveringen af den lægeordinerede medicin foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Ved gennemgangen er der fokus på følgende:
• Ordination af afrusnings- eller abstinensbehandling skal indeholde entydig angivelse af præparatnavn, styrke og dosering samt indgiftsmåde.
• Der skal være lagt en behandlingsplan med aftrapning af medicin og med ordination af kontrol af vitalparametre (fx blodtryk, puls, respiration, bevidsthedsniveau og evt. temperatur).
• Førstevalgspræparatet udenfor hospitalsregi er benzodiazepiner i tabletform. Kun undtagelsesvist kan andet præparat anvendes, og indikation skal eksplicit fremgå af journalen.
• Patienterne skal instrueres grundigt i indtagelsen af den udleverede medicin, og i alarmsymptomer, der kræver lægekontakt. Patienten skal desuden informeres om, hvilken læge der skal kontaktes.
• Ordination af benzodiazepiner kan kun finde sted ved personlig kontakt mellem lægen og patienten, medmindre der er tale om helt særlige situationer.

Kun undtagelsesvis kan abstinensbehandling iværksættes telefonisk, uden at lægen har tilset patienten forinden. Lægen skal så tilse patienten hurtigst muligt og senest næste dag med henblik på stillingtagen til den fortsatte behandling.

Referencer:
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.), BEK nr. 1225 af 08. juni 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

19. Interview vedrørende behandling med receptpligtig medicin til afrusning eller abstinensbehandling - alkoholbehandling

Tilsynsførende interviewer lægen med henblik på at vurdere, om der bliver taget konkret stilling til afrusningen eller abstinensbehandlingen af hver patient, og om udleveringen af den lægeordinerede medicin foregår patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.

Ved interviewet er der fokus på:
• om ordination af afrusning- eller abstinensbehandling indeholder entydig angivelse af præparatnavn, styrke og dosering samt indgiftsmåde
• om der bliver lagt en behandlingsplan med aftrapning af medicin og med ordination af kontrol af vitalparametre (fx blodtryk, puls, respiration, bevidsthedsniveau og evt. temperatur)
• om førstevalgspræparatet udenfor hospitalsregi er benzodiazepiner i tabletform. Kun undtagelsesvist kan andet præparat anvendes, og indikation skal eksplicit fremgå af journalen
• om patienterne bliver instrueret grundigt i indtagelsen af den udleverede medicin og i alarmsymptomer der kræver lægekontakt. Patienten skal desuden informeres om, hvilken læge der skal kontaktes
• om ordination af benzodiazepiner kun finder sted ved personlig kontakt mellem lægen og patienten, medmindre der er tale om helt særlige situationer.

Kun undtagelsesvis kan abstinensbehandling iværksættes telefonisk, uden at lægen har tilset patienten forinden. Lægen skal så tilse patienten hurtigst muligt og senest næste dag med henblik på stillingtagen til den fortsatte behandling.

Referencer:
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019
- Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015
- Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed), LBK nr. 731 af 8. juli 2019

20. Journalgennemgang med henblik på vurdering af substitutionsbehandling med buprenorphin - stofmisbrugsbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om buprenorphin er førstevalgspræparat i substitutionsbehandlingen. Hvor buprenorphin ikke er førstevalgspræparat, fremgår indikationen for iværksættelse af behandling med andet præparat tydeligt af journalen.

Referencer:
- Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016

21. Journalgennemgang med henblik på vurdering af substitutionsbehandling med metadon - stofmisbrugsbehandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere, om der foreligger en tydelig beskrevet indikation for behandling og dosering med metadon, og at der ved ordinerede metadondoser på 100 mg eller derover foreligger et normalt EKG.

Referencer:
- Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, VEJ nr. 10375 af 28. december 2016

- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, VEJ nr. 9523 af 19. juni 2019

Patienters retsstilling

22. Journalgennemgang med henblik på vurdering af informeret samtykke til behandling

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at undersøge, om det fremgår, at patienten har fået information om evt. risici for komplikationer mv. og har givet samtykke til behandlingen.

Det drejer sig om journaler:
• hvor patienter har fået ordineret behandling med medicin, hvor der er alvorlige risici og bivirkninger.

Det skal fremgå af journalen, hvilken mundtlig og skriftlig information der er givet til patienten, og hvad patienten har tilkendegivet med hensyn til behandling, herunder om patienten har givet samtykke til en konkret behandling.

Ved mindre indgribende indgreb vil det som udgangspunkt være tilstrækkeligt, at det er noteret i journalen, at patienten er informeret om indgrebet og risici, uden at det specificeres nærmere. Kravet til journalføringen øges, jo mere alvorlig eller jo større den mulige komplikation er (se retningslinjerne for yderligere information).

Referencer:
- Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv. , BEK nr. 359 af 4. april 2019
- Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998
- Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 11052 af 02. juli 1999

23. Interview om det frie valg af stofmisbrugsbehandlingstilbud

Tilsynsførende interviewer lægen med henblik på at vurdere, hvordan behandlingsstedet håndterer henvendelser fra patienter, som ønsker at bruge det frie valg af stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Ved interview skal det fremgå, at de pågældende er bekendt med følgende:
• hvilke rettigheder patienter har ved valg af stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Referencer:
- Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 41, §142), LBK nr. 903 af 26. august 2019

Hygiejne

24. Interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse/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 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
- 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
- Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021
- Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019

Diverse

25. Apparatur til måling af alkoholpromillen

Det blev undersøgt, om der er apparatur til måling af alkoholpromille, og i bekræftende fald, om apparaturet er blevet serviceret og kalibreret inden for det seneste år.

Behandlingssteder, der tilbyder patienter afrusning eller abstinensbehandling, skal kunne måle patienternes alkoholpromille akut, fx med et alkoholmeter eller ved en blodprøve.

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

Øvrige fund

26. 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 sundhedsforholdene og den sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet[1]. 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 sundhedspersoner[2] udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient[3].

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører risikobaserede tilsyn[4]. 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 behandlingssteder[5] til tilsyn på baggrund af en stikprøve inden for identificerede risikoområder. Vi arbejder endvidere på 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] Se sundhedsloven § 213.
[2] Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.
[3] Se sundhedsloven § 5.
[4] 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.
[5] 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 som led i vores tilsyn til enhver tid – mod behørig legitimation og uden retskendelse – adgang til at undersøge behandlingsstedet[6]. 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[7]. 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[8].

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 Tilsynsrapporter[9]. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet[10]. 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.dk[11].

[6] Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

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

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

[9] 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

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

[11] 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 delvist[12].

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[13], 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.

[12] Se sundhedsloven § 215 b

[13] Se sundhedsloven § 213, stk. 1