

# Tilsynsrapport Røktarheimið Áargarður

Sundhedsfagligt, planlagt tilsyn  
Plejeområdet 2024

Røktarheimið Áargarður  
Miðgøta 8  
210 Sandur

CVR- eller P-nummer: 793600

Dato for tilsynet: 07-02-2024

Sagsnr.: 35-2011-15649

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Landslægen har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i høringsperioden.

På baggrund af fundene ved tilsynsbesøget har vi den 19. april 2024 givet behandlingsstedet påbud om senest den 19. april 2024 at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de konstaterede forhold i orden.

Påbud offentliggøres separat på [landslaeknin.stps.dk](https://landslaeknin.stps.dk) og på [sundhed.dk](https://sundhed.dk). Når vi konstaterer, at

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **7. februar 2024** vurderet, at der på **Røktarheimið Áargarður** er:

### Større problemer af betydning for patientsikkerheden

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

I Økistænastan, hvor Røktarheimið Áargarður er et af tre plejehjem, havde der siden Landslægen påbegyndte tilsyn på Færøerne været fokus på at leve op til de lovmæssige krav. Der var kontinuerlige indsatser vedrørende medicin håndtering og journalføring

Landslægen anerkender den proces som er igangværende på behandlingsstedet, men konstaterer, at de iværksatte tiltag fortsat er under implementering.

### Journalføring

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på patienternes sygdomme. Det var gennemgående, at aktuelle og potentielle problemstillinger ikke var fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke, hvad der skulle observeres for eller følges op på. Vi har lagt vægt på, at manglende fyldestgørende beskrivelse af de aktuelle problemstillinger medfører et manglende overblik over personalets opgaver og ansvar, hvilket øger risikoen for, at der ikke følges relevant op på aktuell pleje og behandling samt ændringer i patientens tilstand.

Det er vores vurdering, at den manglende journalføring af opfølgningen på en patients søvnbesvær betød, at nattevagten ikke havde set, at patienten havde fået ordineret en sovetablet ved behov. Ligeledes er det vores vurdering, at manglende beskrivelse af plan for observation og opfølgning hos en patient med ødemer og dyspnø, udgør en risiko for, at der ikke foretages de relevante observationer.

Vi vurderer, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten samt sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så personalet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Det er vores vurdering, at behandlingsstedets instruks for dokumentation ikke var tilstrækkelig implementeret. Personalet kendte patienterne godt, og kunne redegøre for patienternes problemstillinger, og på iværksatte tiltag. Det er dog vores vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når kendskabet til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og relevante observationer og planer i den forbindelse alene beror på enkelt- personers viden, og ikke fremgår af dokumentationen

### **Medicinhåndtering**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at instruks for medicinhåndtering ikke var fyldestgørende. Instruks manglede beskrivelse af flere delelementer i medicinhåndteringen. Desuden manglende beskrivelser af behandlingsstedets håndtering af risikosituationslægemidler.

Vi konstaterede flere fejl i medicinhåndteringen, herunder har vi lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden hvis antallet af tabletter i doseringsæskerne ikke stemmer overens med ordinationen, da der er risiko for at patienten ikke får den ordinerede medicin i de korrekte doser.

Desuden har vi lagt vægt på at medicinlisterne ikke var fyldestgørende og det er vores vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når det ikke er muligt at tælle antallet af tabletter ved udlevering af medicinen, da eventuelle dispenseringsfejl ikke opdages.

Efter tilsynet har behandlingsstedet indsendt en revideret instruks, som nu fyldestgørende beskriver alle delelementer i medicinhåndteringen. Behandlingsstedet har ligeledes indsendt reviderede medicinlister. Det er dog vores vurdering, at disse fortsat ikke er fyldestgørende, da vi vurderer, at det giver risiko for fejlmedicinering, hvis al den medicin patienten får ikke fremgår af en samlet medicinliste.

### **Patienters retsstilling**

Vi konstaterede, at informeret samtykke til pleje og behandling ikke fremgik af journalen. Personalet oplyste, at de ikke havde en systematisk praksis for at få indhentet et informeret samtykke forud for iværksættelse af behandling, men at de havde fokus på at få dette tilstrækkelig implementeret.

Det er vores vurdering, at manglende indhentelse af samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, idet det derved ikke er sikret, at behandling eller videregivelse af helbredsoplysninger sker med respekt for patienternes selvbestemmelsesret.

### **Konklusion**

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter. Manglerne var gennemgående og vurderes, at have et større omfang, især inden for journalføring og medicinhåndtering og kræver målrettet arbejde med systematisk journalføring og medicinhåndtering, inden målepunkterne kan opfyldes.

Samlet set er det Landslægens vurdering, at der tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

## 2. Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Landslægen stiller følgende krav:

Målepunkt	Krav
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvilke aftaler der er indgået med de behandlende læger om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledninger</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender instruksen for medicin håndtering, og at personalet følger denne</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke</li> <li></li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patients medicinbeholdning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at 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</li> </ul>

<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation</li><li>• Behandlingsstedet skal sikre, at patientens og eventuel pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information fremgår af dokumentationen</li></ul>

## 3. Fund ved tilsynet

↑Tilbage til vurdering

### Behandlingsstedets organisering

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	<u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			

### Journalføring

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>	X			
3.	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>Behandlingsstedet havde overordnet beskrevet de 12 de sygeplejefaglige problemområder, men det var gennemgående at disse ikke var fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke af dokumentationen hvilken pleje og behandling personalet skulle iværksætte, og hvordan der skulle følges op.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hos en patient var behandling med antidepressiv medicin stoppet. Det fremgik ikke af dokumentationen, at patienten</li> </ul>

					<p>havde en problemstilling omkring depression. Ligeledes fremgik det ikke, at der var foretaget en vurdering af dette, eller hvordan der skulle følges op. Personalet oplyste, at patienten aktuelt var under nedtrapning og at der var udarbejdet et skema, hvoraf langsom udtrapning fremgik.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hos en patient med søvnproblemer, var det ikke fyldestgørende beskrevet at der var foretaget en vurdering heraf, samt hvilke tiltag der var iværksat. Personalet oplyste, at pt havde fået ordineret en sovetablet ved behov. Dette var ikke administreret af nattevagten, trods gentagne observationer om manglende søvn.</li><li>• Hos en patient var behandling for forhøjet blodtryk stoppet, da patientens blodtryk var lavt, men dette fremgik ikke af dokumentationen. Personalet oplyste, at lægen havde sagt at de skulle "holde øje med blodtrykket", men det fremgik ikke af dokumentationen, hvordan dette skulle foregå. Personalet havde besluttet, at måle et blodtryk dagligt i en periode. Det fremgik ikke hvornår der skulle evalueres eller hvornår lægen skulle kontaktes igen. De seneste blodtryksmålinger var igen høje, og personalet oplyste, at hvis det fortsatte ville de tage kontakt til lægen.</li><li>• Hos en patient med ødemer og dyspnø var der administreret vanddrivende</li></ul>
--	--	--	--	--	--



					<p>medicin 2 gange, men vurdering af dette problem samt plan omkring dyspnø fremgik ikke af dokumentationen. Personale redegjorde for at patientens tilstand aktuelt var bedret.</p>
4.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u></p>		X		<p>I flere tilfælde manglede beskrivelse af hvem der var behandlingsansvarlig læge, og hvilke aftaler der var om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgik ikke af dokumentationen hvilke aftaler, der var med lægen hos en patient, som ikke længere kunne indtage sin medicin. Personalet oplyste, at tilstanden nu havde ændret sig, og at de ville tage kontakt til lægen.</li> <li>• Det fremgik ikke af dokumentationen hvilke aftaler der var indgået med lægen med henblik på kontrol af blodtryk.</li> </ul>
5.	<p><u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u></p>		X		<p>Der var ikke systematisk dokumenteret at opfølgning på iværksat pleje og behandling havde fundet sted.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hos en patient var det beskrevet, at der skulle følges op på rødme i lysken, men det fremgik ikke af dokumentationen, at dette var udført. Personalet oplyste, at rødmen skyldtes en ble, der strammede, og nu var aftaget igen.</li> <li>• Det fremgik ikke af dokumentationen, at der var fulgt op, på gentagne observationer omkring manglende søvn. Personalet</li> </ul>

					<p>oplyste, at der var fulgt op, og havde været kontakt til lægen, som havde ordineret en sovetablet ved behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det fremgik ikke af dokumentationen, at der var fulgt op på en patient med dyspnø og ødemer. Patienten havde 2 gange fået engangsordination af vanddrivende medicin. Personalet oplyste, at der var fulgt op og at patienten nu havde fået ordineret fast behandling med vanddrivende medicin.</li> </ul>
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	Behandlingsstedet anvendte ikke rammedelegation

## Faglige fokuspunkter

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

## Medicinhandling

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>		X		<p>Instruksen for medicinhandling var ikke fyldestgørende, idet der var mangler i beskrivelsen af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan medicinen dispenseres, herunder at medicinen kun må dispenseres, såfremt al medicin, som skal bruges til hele perioden er til rådighed.</li> <li>• Personalets opgaver og ansvar i forhold til telefonordinationer, ordinationsændringer, håndkøbslægemidler og kosttilskud samt i samarbejdet med den behandlingsansvarlige læge om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning.</li> <li>• Handling af risikosituationslægemidler</li> </ul>
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>Medicinlisten var ikke fyldestgørende. Der var flere eksempler i alle tre stikprøver, at medicinlisten ikke var opdateret med det aktuelle handelsnavn.</p> <p>Det var ikke muligt at tælle antallet af tabletter ved udlevering, da der ikke var anført klokkeslæt på medicinlisten. Ligeledes var medicinlisten ikke opdateret med præparatets styrke som var i beholdningen. På medicinlisten fremgik 20 mg Furix x 1, men da det var Furix 40 mg, der var i beholdning var der ophældt ½ tablet.</p> <p>På medicinlisten var Panodil ordineret som 1 g, 1 -3 tbl ved behov, men det</p>

					<p>var Panodil 500 mg, der var i beholdning.</p> <p>På en medicinliste var tablet Sertalin seponeret, men sygeplejersken oplyste, at tablet Sertalin aktuelt var under langsom nedtrapning ifølge aftale med lægen. Dette fremgik på et særskilt udtrapningsskema, men præparatet fremgik ikke på medicinlisten.</p> <p>I en stikprøve var der to løse tabletter i kassen med patientens medicinbeholdning. Disse blev kasseret ved tilsynet.</p>
11.	<p><u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbeholdning og medicinbeholdning</u></p>		X		<p>I en stikprøve var der 1 tablet Kaleroid for meget i en doseringsæske. Personalet oplyste, at Kaleorid var seponeret pga. for højt se-kalium, men dette var ved en fejl ikke blevet fjernet fra en af æskerne.</p> <p>I samme stikprøve manglede 2 tabletter Prednisolon i 2 doseringsæsker. Personalet oplyste, at dette skyldes, at de ikke havde haft flere Prednisolon tabletter, da de dispenserede medicinen. Ifølge personalet, skulle doseringsæsker, hvor der manglede tabletter i vendes med bagsiden opad, men denne procedure var ikke anvendt i dette tilfælde. Personalet oplyste, at Prednisolon var bestilt.</p> <p>Dispenseret pn-medicin var ikke doseret i ordinerede enkelt-doser. Der var doseret 4 tabletter i en pose, hvor patienten måtte få 1 tablet ad gangen ved behov. Udløbsdatoen på doseret pn medicin var ikke korrekt, idet det var medicinens oprindelige udløbsdato, der var noteret, og ikke</p>

					datoen 4 uger efter af medicinen var fjernet fra original emballagen.
--	--	--	--	--	---

## Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		<p>Patienters habilitet var vurderet og dokumenteret.</p> <p>Ved journalgennemgang var der et eksempel på, at pleje og behandling var indledt uden, at det var dokumenteret, at der var indhentet et informeret samtykke. I det konkrete tilfælde kunne personalet ikke redegøre for, om samtykket var indhentet. Personalet oplyste, at informeret samtykke til behandling ikke blev systematisk indhentet og dokumenteret. Behandlingsstedet var i efteråret blevet opmærksomme på kravet herom, og havde nu et særligt fokus på at indhente og dokumentere patientens informerede samtykke.</p>

## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>	X			

## Øvrige fund

	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>			X	

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

- Røktarheimið Áargarður er et plejehjem på Sandoy
- Plejehjemmet har plads til 10 beboere, men aktuelt er der indskrevet 11, da der var behov for en aflastningsplads.
- Personalet består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte. Derudover er der faste afløsere, der dækker ca. 1-2 vagter om ugen.
- Sygeplejerskerne arbejder i en integreret ordning med både hjemmeplejen og plejehjem. De kommer på plejehjemmet i dag tiden.
- Alle beboerne har en fast læge. Lægen kommer ikke fast på plejehjemmet, men kender beboerne godt.

### Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt tilsyn på baggrund af en stikprøve

### Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet på Færøerne anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af 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:

- Maiken Olsen, leder af Økistænastan (Røktarheimið Áargarður, Gerðisgarður og Skerði samt hjemmeplejen)
- Beinta T. Klein, afdelingsleder på Røktarheimið Áargarður og hjemmeplejen
- Sólrún Ørvaródd, afdelingsleder plejehjemmene Gerðisgarður og Skerði
- En sygeplejerske

Tilsynet blev foretaget af:

- Lars Fodgaard Møller, landslæge Færøerne
- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent TR-Vest, Styrelsen for Patientsikkerhed
- Susanne Bendix, oversygeplejerske, TR-Vest, Styrelsen for Patientsikkerhed

## 5. Bilag

---

# Uddybning af målepunkter

### Behandlingsstedets organisering

#### 1: Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

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](#)

↑Tilbage til oversigt



## Journalføring

### **2: 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](#)

↑Tilbage til oversigt

### 3: Journalgennemgang 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 (Activities 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](#)

↑[Tilbage til oversigt](#)

#### **4: 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 handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

##### ***Herunder særligt ved den ældre medicinske patient***

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsukkermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

##### ***Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb***

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

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](#)

[Sundhedsstyrelsens publikation - Forebyggelse og sundhedsfremme til ældre](#)

↑ **Tilbage til oversigt**

## **5: 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

### **6: 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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Faglige fokuspunkter

### 7: Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

### 8: Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruksen. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruks fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruksen, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

[Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)

[Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

[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](#)

[↑Tilbage til oversigt](#)

## Medicinhandling

### 9: Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhandling med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruksen. Den skriftlige instruks beskriver medicinhandling, 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 medicinhandling
- 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 handling 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 handling 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](#)

↑Tilbage til oversigt

## 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](#)

↑ **Tilbage til oversigt**



## 11: Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicinbehandling 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 medicinbehandling- 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 patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell 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](#)

↑Tilbage til oversigt

## 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](#)

↑**Tilbage til oversigt**

## 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,](#)

[§ 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)

↑Tilbage til oversigt

## Øvrige fund

### 14: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

[Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

↑**Tilbage til oversigt**

# 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<sup>[1]</sup> udfører undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient<sup>[2]</sup>.

## 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](#).

---

<sup>[1]</sup> Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

<sup>[2]</sup> 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<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. 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](https://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<sup>3</sup>.

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](https://sundhed.dk).

---

<sup>1</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup>, 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.

---

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1