



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED



Asylcentre

Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2019

December 2020



Kolofon

Titel på udgivelsen: Asylcentre - Erfaringsopsamling fra det sundhedsfaglige tilsyn 2019

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67

2300 København S

Telefon: 72 28 66 00

E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2020

Version: Nr. 1.0

Versionsdato: December 2020

Publikationen er tilgængelig på stps.dk/da/udgivelser

Indhold

Indledning	3
Tilrettelæggelsen af tilsynet med asylcentre	3
Generelle observationer	4
Anvendelse af ikke-unikke erstatnings-CPR-numre	4
Manglende fremsendelse af epikriser ved udskrivning fra sygehus	5
Informationstab ved overgang til kommunalt regi	5
Opmærksomhedspunkter	6
Instrukser for sundhedsfaglig virksomhed	6
Sygeplejefaglige beskrivelser	6
Medicinhåndtering og medicinbeholdning	6
Behandling med afhængighedsskabende lægemidler	7
Hygiejne	7
Vurderinger af behandlingssteder	8
Målepunktsopfyldelse	10
Om det sundhedsfaglige tilsyn	13

Indledning

I 2019 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed ti sundhedsfaglige tilsyn med sundhedsklinikkerne på landets asylcentre.

Formålet med det sundhedsfaglige tilsyn er at vurdere patientsikkerheden og understøtte læring på behandlingsstederne. Der er tale om et organisationstilsyn. Det er altså behandlingsstederne som sådan, der er genstand for tilsynet, ikke individuelle sundhedspersoner. De sundhedsfaglige tilsyn i 2019 havde særligt fokus på sårbare patienter.

Tilrettelæggelsen af tilsynet med asylcentre

Asylcentrernes sundhedsklinikker drives af p.t. tre operatører på området, nemlig Røde Kors, Vesthimmerland Kommune og Tønder Kommune efter en driftsaftale med Udlændingestyrelsen. Sundhedsfaglig behandling ydes til voksne asylansøgere efter NUS-princippet, dvs. behandlingen skal være nødvendig, uopsættelig eller smertelindrende. NUS-princippet og kriterier herfor er fastslagt af Udlændingestyrelsen. Dette princip gælder alle voksne asylansøgere, dvs. også asylansøgere på tålt ophold, der kan have meget lange ophold, og det gælder både for læge- og tandlægebehandling. Dette indebærer nogle særlig vilkår for sundhedsbetjeningen, idet undersøgelser og behandling uden for sundhedsklinikernes regi kun kan ske efter ansøgning og godkendelse fra Udlændingestyrelsen.

Børn under 18 år på asylcentre har samme ret til sundhedsfaglige ydelser som alle andre herboende børn.

Tilsynet med asylcentrenes sundhedsklinikker tog udgangspunkt i et sæt målepunkter, der blev udviklet på baggrund af materiale fra Røde Kors, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed på Københavns Universitet, Ombudsmanden og videnskabelig litteratur fra forskellige databaser. Der blev desuden indhentet information gennem interessentmøder møder med bl.a. Udlændingestyrelsen, Kriminalforsorgen, Dansk Institut Mod Tortur (DIGNITY) og Ombudsmanden. Endvidere modtog styrelsen faglig rådgivning i en arbejdsgruppe med repræsentation af bl.a. operatørerne af sundhedsklinikkerne i forhold til oplevede risikoområder og relevante emner for tilsyn.

I arbejdet med udvikling af målepunkter blev visse centrale problemstillinger for de sundhedsfaglige opgaver på asylcentre fremhævet. Det drejede sig om overgange i patientforløb, sikker identifikation af patienter, kontinuitet ved sygdomsforløb, tilstedeværelse af de rette kompetencer, problematikker omkring benyttelse af erstatnings-CPR-numre og manglende mulighed for at benytte Fælles Medicinkort (FMK). I prioriteringen af målepunkterne blev der lagt vægt på de grundlæggende forhold, der tilbydes asylansøgere, herunder lægebehandling, sundhedspleje, hygiejne m.m.

Selve tilsynene blev gennemført af tilsynsførende med lægefaglig, sygeplejefaglig og samfundsaglig baggrund. Under tilsynene blev der foretaget interview og samtale med ledere, sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige medarbejdere, gennemgang af udvalgte journaler og faglige instrukser samt observationer på stedet.

Generelle observationer

Anvendelse af ikke-unikke erstatnings-CPR-numre

Den største udfordring i forhold til patientsikkerheden på asylområdet, som vi blev opmærksomme på i forbindelse med det forberedende arbejde – og fik bekræftet ved tilsynene – er, at asylansøgere ikke har unikke CPR-numre.

Ved ankomst til landet og registrering tildeles asylansøgere fra Udlændingestyrelsen et unikt identitetsnummer (ID nr.) og et erstatningspersonnummer (erstatnings-CPR-nummer) med en kombination af tal og bogstaver. ID-nummeret danner grundlag for registrering og identifikation internt i asyloperationsnettet, bl.a. ved sundhedsundersøgelser på sundhedsklinikkerne og i den elektroniske patientjournal. Hvis en asylansøger modtager behandling i det regionale sundhedsvæsen, fx på sygehus eller hos alment praktiserende læge eller speciallæge, tildeles asylansøgeren for hver kontakt eller hvert forløb et ikke-unikt erstatnings-CPR-nummer, som kun er gældende for den pågældende kontakt eller det pågældende forløb. Erstatnings-CPR-nummeret tildeles decentralt i hver region, og der er ikke en fælles tværregional systematik eller en fælles systematik mellem regionerne og Udlændingestyrelsen for, hvordan erstatnings-CPR-numre genereres. Dette indebærer, at en asylansøger kan have flere forskellige erstatnings-CPR-numre afhængig af, hvor og hvilke kontakter der har været til det regionale sundhedsvæsen, og at disse numre er forskellige fra det erstatnings-CPR-nummer, som er tildelt fra Udlændingestyrelsen.

Brugen af ikke-unikke erstatnings-CPR-numre medfører en øget risiko for at der opstår fejl i forbindelse med undersøgelser og behandling i det regionale sundhedsvæsen.

For det første kan asylcentrenes læger og andre sundhedspersoner ikke anvende det Fælles Medicinkort (FMK), eftersom FMK ikke kan håndtere asylanternes erstatnings-CPR-numre eller ID-numre. Det betyder, at lægerne ikke kan registrere lægemiddelordinationer i FMK. Endvidere har lægerne ikke mulighed for at ajourføre og afstemme medicin i FMK, ligesom andre behandlere ikke har mulighed for at få overblik over en asylansøgers medicin. Særligt ved akutte situationer er det problematisk, at sundhedspersoner ikke har mulighed for at orientere sig i patientens historik og medicinering i FMK.

For det andet er der risiko for informationstab, manglende kontinuitet og forveksling ved overgange mellem asyloperationsnettet og det regionale sundhedsvæsen på grund af skiftende ikke-unikke erstatnings-CPR-numre mellem regionerne.

Generering og brug af ikke-unikke CPR-numre er en generel problemstilling i det danske samfund, som operatørerne af sundhedsklinikkerne ikke kan løse på egen hånd. I praksis gør personalet på sundhedsklinikkerne en meget stor, manuel indsats for at registrere og følge op på asylansøgers skiftende erstatnings-CPR-numre i klinikernes sundhedsjournal for at forebygge informationstab, fejl og forvekslinger. Ligeledes gør personalet en meget stor indsats for aktivt at efterspørge og følge op på fx epikriser fra sygehus, diverse undersøgelsesvar m.v.

Asylcentrenes sundhedspersonale er undtaget forpligtelsen til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), hvorfor eventuelle utilsigtede hændelser relateret til

erstatnings-CPR-numre på asylcentre ikke opsamles her. På grund af sproglige barrierer og manglende kendskab til det danske sundhedssystem kan det ikke forventes, at asylansøgere på egen hånd rapporterer utilsigtede hændelser til DPSD.

Manglende fremsendelse af epikriser ved udskrivning fra sygehus

Nogle regioner betragter ikke sundhedsklinikkernes læger som asylansøgenes egen læge, hvorfor der ikke automatisk fremsendes epikriser fra indlæggelse på sygehus. Det betyder, at personalet på sundhedsklinikkerne aktivt skal efterspørge epikriser ved at kontakte sygehusenes afdelinger, når en asylansøger har været indlagt.

Informationstab ved overgang til kommunalt regi

Internt i asylsystemet er der et velfungerende elektronisk journalsystem, som muliggør deling af helbredsmæssige oplysninger på tværs af asylcentre. Der er ét fælles system for de tre operatører, der p.t. driver sundhedsklinikkerne: Røde Kors, Vesthimmerland Kommune og Tønder Kommune. Systemet kan dog ikke kommunikere med det øvrige sundhedsvæsen. Al kommunikation og overførsel af informationer mellem asylcentre og andre behandlingssteder om beboernes sundhedsfaglige forhold skal altså ske manuelt.

Når en asylansøger får asyl og overgår til kommunalt regi, overgår sundhedsforpligtelsen til det regionale og kommunale sundhedsvæsen. Dette indebærer, at den pågældende asylansøger får tildelt en alment praktiserende læge. Asylansøgere står selv med ansvar for at bære information videre mellem forskellige instanser i sundhedsvæsenet, herunder til den praktiserende læge. I praksis løses det ved, at personalet på sundhedsklinikkerne udleverer en fysisk udskrift af sundhedsjournalen til den enkelte asylmodtager, som vedkommende kan overlevere til en praktiserende læge. Den manuelle overlevering af oplysninger indebærer en risiko for, at eksisterende viden, prøvesvar, udredninger i forbindelse med somatisk og psykisk sygdom, tortur og anden vigtig information om en særligt udsat og sårbar gruppe går tabt. Dermed er der risiko for, at læger og andre sundhedspersoner må starte forfra med undersøgelser og udredninger. Der kommer til at mangle kontinuitet i udrednings- og behandlingsforløb, fx i forhold til kroniske sygdomme som diabetes eller forhøjet blodtryk.

Vi har ved tilsynene konstateret, at personalet på asylcentre gør en stor indsats for at sikre overlevering af oplysninger. Det sker dog under vilkår, som i sig selv udgør en risiko for patientsikkerheden, fordi der ikke er systemer til rådighed, der understøtter personalets muligheder for at varetage opgaven.

Opmærksomhedspunkter

Instrukser for sundhedsfaglig virksomhed

Skriftlige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed er ledelsens redskab til at sikre, at personalet kender relevante arbejdsgange og ved, hvordan de skal forholde sig under givne omstændigheder. Under tilsynene på asylcentre var der bl.a. fokus på instrukser for samarbejde med behandlingsansvarlig læge, identifikation af patienter og sikring mod forveksling, videregivelse af sundhedsfaglige oplysninger ved overgange, barselsomsorg for det nyfødte barn og forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

Ved seks af de ti tilsyn fandt vi mangler i de skriftlige instrukser. Arbejdsgange og procedurer skal være klart beskrevet, og det skal fremgå tydeligt, hvilken personalegruppe en instruks er rettet til. Personalegrupperne skal kende til de instrukser, der er relevante for dem, og instrukserne skal være tilgængelige for dem. Det skal desuden fremgå af den enkelte instruks, hvornår den er trådt i kraft, hvem der har udarbejdet den, og hvornår den senest er ajourført.

Sygeplejefaglige beskrivelser

Patientjournaler skal omfatte sygeplejefaglige beskrivelser af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Disse skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand. Den sygeplejefaglige dokumentation sætter de involverede sundhedspersoner i stand til at vurdere, om der fx er sket ændringer i patienternes tilstand, og om der skal handles på disse ændringer.

Det kræver, at man ikke kun forholder sig til de tilstande og diagnoser, der er direkte årsag til en behandling, men at man løbende vurderer patientens tilstand som helhed, også på de områder, hvor der ikke aktuelt er problemer eller behov for behandling. Hvis denne løbende vurdering ikke foretages, og den sygeplejefaglige dokumentation ikke opdateres ved ændringer i patientens tilstand, er der stor risiko for, at man ikke får taget hånd om en eventuel forværring i tide.

De sygeplejefaglige optegnelser skal indeholde oversigter over patienternes aktuelle pleje og behandling samt opfølgning og evaluering, og både aktuelle og potentielle problemområder skal være fagligt vurderet og beskrevet. Det var ikke tilfældet i en del af de journaler, der blev gennemgået under tilsynene.

For asylcentrenes sundhedsklinikker, der svarer til den primære sundhedstjeneste for danske statsborgere, stiller styrelsen de samme krav til sygeplejefaglige optegnelser som gælder for fx almen praksis. Det indebærer, at det ved en enkel og velafgrænset sygeplejefaglig handling er tilstrækkeligt kun at beskrive det område, som er relevant for den enkle og velafgrænsede handling.

Medicinhåndtering og medicinbeholdning

Medicinhåndtering er et kendt risikoområde i mange dele af sundhedsvæsenet, og der sker hvert år et stort antal utilsigtede hændelser med medicin. Håndtering af medicin er en kompleks proces, og der er mange arbejdsgange, der skal forløbe korrekt, fra et lægemiddel bliver ordineret af en læge, til det

gives til den rigtige person i den rigtige dosis på det rigtige tidspunkt. Det er en proces, hvor meget kan gå galt, og hvor fejl, fx overdosering eller medicin, der ikke bliver givet, kan have alvorlige konsekvenser.

Ved ni af ti tilsyn på asylcentrenes sundhedsklinikker fandt vi mangler i forhold til medicin håndtering og medicinopbevaring. I en del tilfælde stemte oplysninger på lokale medicinlister ikke overens med aktuelle ordinationer. Der var eksempler på, at aktuel medicin ikke var adskilt fra ikke-aktuel medicin, og i visse tilfælde fremgik det aktuelle handelsnavn på præparater ikke af medicinlisterne. I den forbindelse er det værd at bemærke, at det på asylcentre ikke er muligt at benytte FMK som redskab til at sikre overblik over patienternes medicinering, fordi patienterne ikke har et CPR-nummer, der kan håndteres af FMK. Den manglende sammenhæng mellem det lokale journalsystem og FMK indebærer, at al registrering af patienternes medicinering skal ske manuelt, hvilket udgør en væsentlig risiko for patientsikkerheden.

Samtidig fandt vi ved mere end halvdelen af tilsynene mangler i instrukserne for medicin håndtering. Som for øvrige instrukser for sundhedsfaglig virksomhed gælder, at en klar instruks for medicin håndtering er ledelsens redskab til at sikre, at personalet har klarhed over opgaver, arbejds gange og ansvar for udførelsen.

Behandling med afhængighedsskabende lægemidler

Ved tre tilsyn fandt vi mangler ved gennemgangen af journaler vedrørende behandling med afhængighedsskabende lægemidler.

Ved behandling med afhængighedsskabende medicin er det vigtigt, at der er lagt en behandlingsplan med en tidshorison for, hvornår behandlingen skal revurderes. Mange patienter bliver afhængige af medicinen, og der er derfor god grund til, at den behandlingsansvarlige læge jævnligt skal være i kontakt med patienten for at vurdere virkning, bivirkninger og mulighed for nedtrapning. Derfor skal receptfornyelse også som udgangspunkt ske ved personligt fremmøde, når det gælder afhængighedsskabende medicin.

Hygiejne

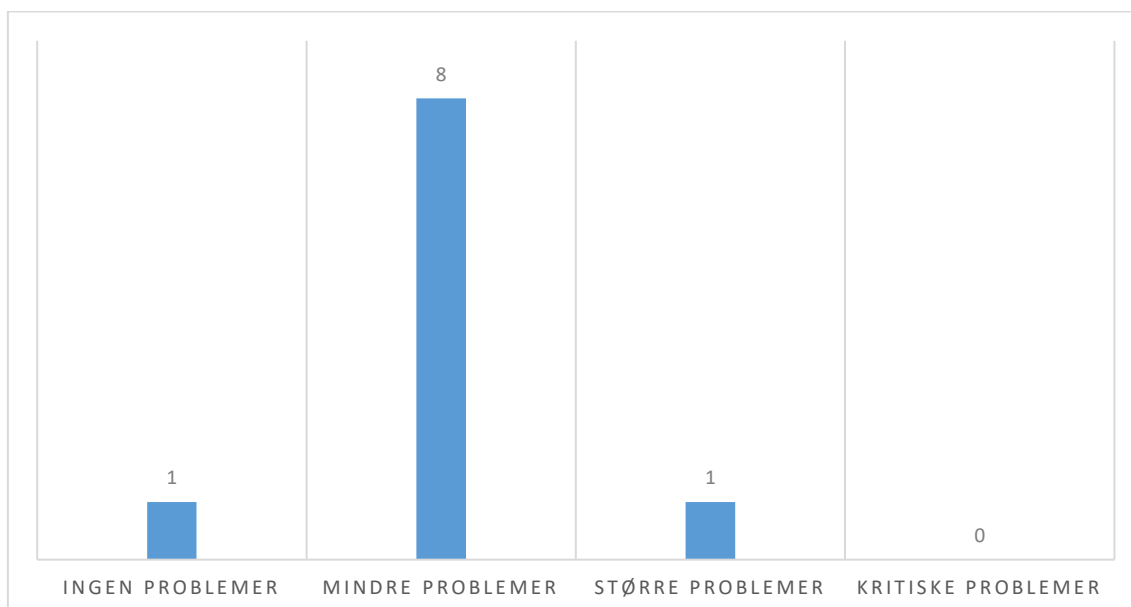
Ved tilsynene var der fokus på hygiejne i asylcentrenes sundhedsklinikker og på forebyggelse og håndtering af smitsomme sygdomme. Ved halvdelen af tilsynene fandt vi mangler på dette område.

Personalet skal kende til principper for forebyggelse af infektioner, forhindring af spredning af smitsomme sygdomme m.v. og have mulighed for at følge disse principper i praksis. Det indebærer bl.a., at personalet skal have adgang til værnemidler, fx handsker, og mulighed for at udføre håndhygiejne.

Vurderinger af behandlingssteder

Ni tilsyn med asylcentre var varslet og planlagt på baggrund af en stikprøve. Et enkelt tilsyn var et såkaldt reaktivt tilsyn, som blev foretaget på baggrund af en bekymringshenvendelse. Det reaktive tilsyn udløste vurderingen "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden". Et planlagt tilsyn på baggrund af en stikprøve udløste vurderingen "Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden" og syv planlagte tilsyn udløste vurderingen "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden". Et enkelt planlagt tilsyn udløste vurderingen "Større problemer af betydning for patientsikkerheden" og et påbud om at rette op på de problematiske forhold inden for en given tidsfrist. Vi fulgte op på påbuddet med et opfølgende tilsyn, hvor vi kunne konstatere, at påbuddet endnu ikke var fuldt efterlevet, hvorfor behandlingsstedet ved færdiggørelsen af denne erfaringsopsamling afventede et nyt tilsyn.

Nedenstående figurer viser den samlede fordeling af vurderingen af asylcentre inden for tilsynets fire overordnede kategorier.



Figur 1: Fordeling af de kategorier asylcentrene er indplaceret i efter tilsyn

Vurderingen "Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden" indebærer, at samtlige målepunkter var opfyldt.

Vurderingen "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden" indebærer, at der ved tilsynsbesøget var ét eller flere målepunkter, som ikke var opfyldt, men at styrelsen vurderede, at der var tale om forhold, som ikke indebar en større risiko for patientsikkerheden. Vurderingen "Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden" indebærer desuden, at Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet, at det enkelte behandlingssted relativt let vil kunne rette op på disse forhold.

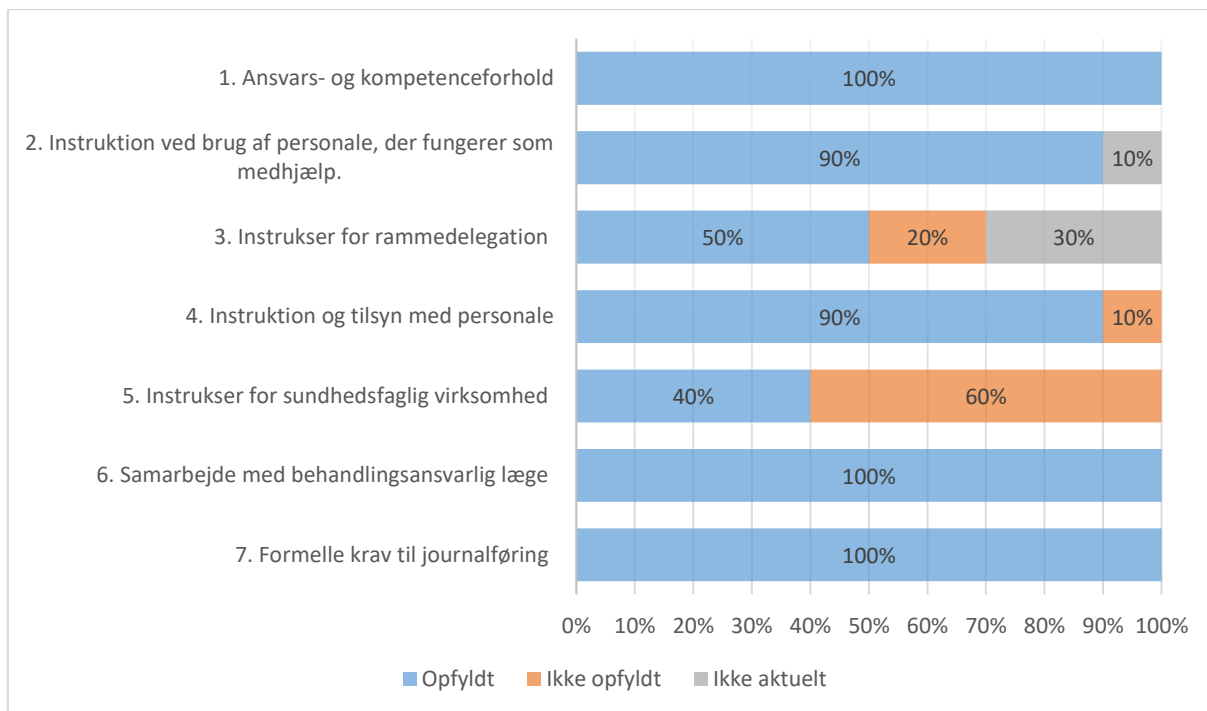
Vurderingen "Større problemer af betydning for patientsikkerheden" indebærer, at der ved tilsynet var problemer af betydeligt omfang, som medførte en risiko for patientsikkerheden. Denne vurdering kan udløse et påbud til behandlingsstedet om at rette op på problemerne inden for en nærmere fastsat

tidsfrist. Styrelsen for Patientsikkerhed vil typisk følge op på et påbud med et reaktivt tilsyn for at konstatere, om behandlingsstedet har efterlevet de krav, styrelsen har stillet i påbuddet.

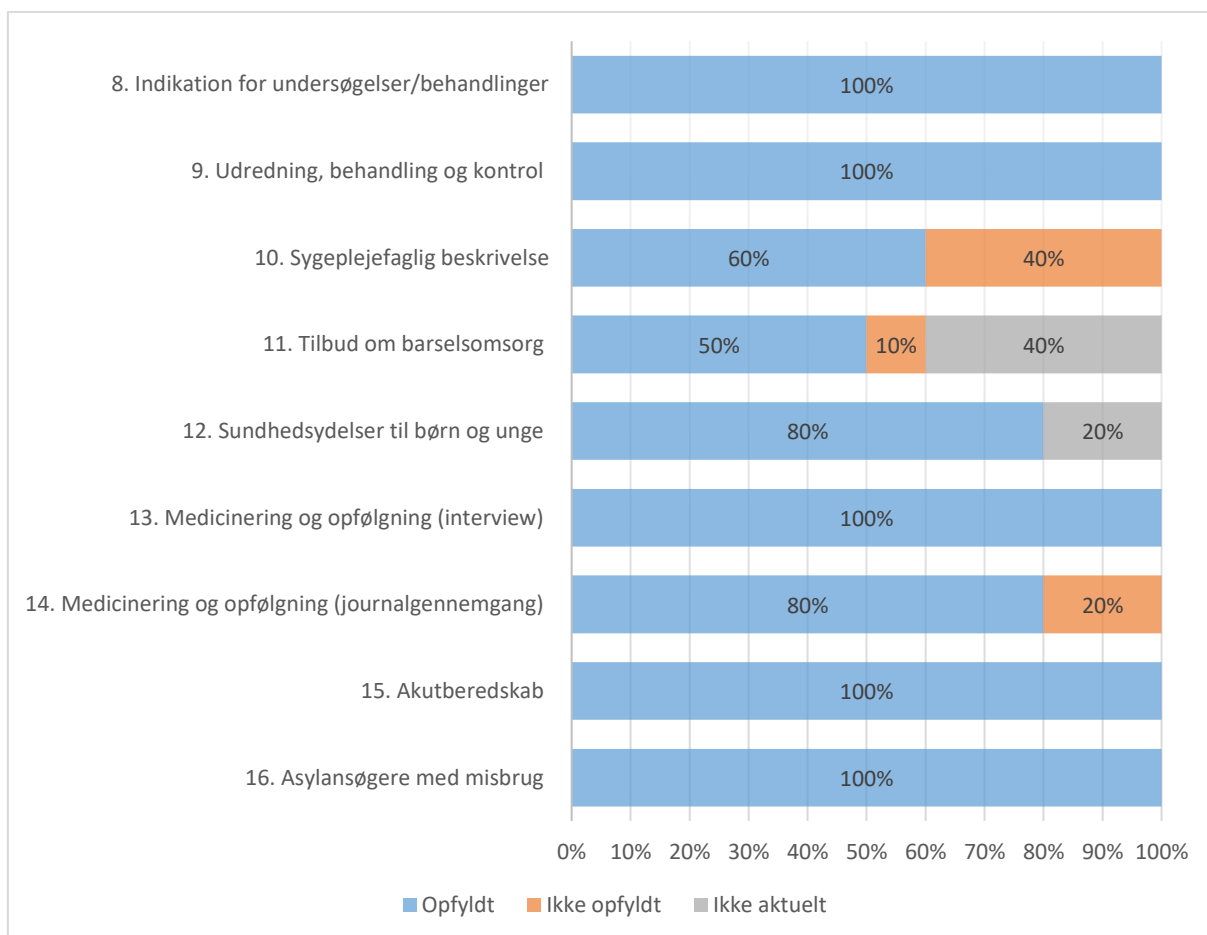
Vurderingen "Kritiske problemer for patientsikkerheden" indebærer, at der var forhold, som medførte en væsentligt forøget risiko for patientsikkerheden. I disse tilfælde kan Styrelsen for Patientsikkerhed give et påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist, indtil det kan dokumenteres, at de patientsikkerhedsmæssige krav, der er stillet til behandlingsstedet, er opfyldt. Styrelsen følger op på, hvorvidt ændringerne er gennemført, og om påbuddet kan ophæves. Det sker ved et eller flere reaktive tilsyn.

Målepunktsopfyldelse

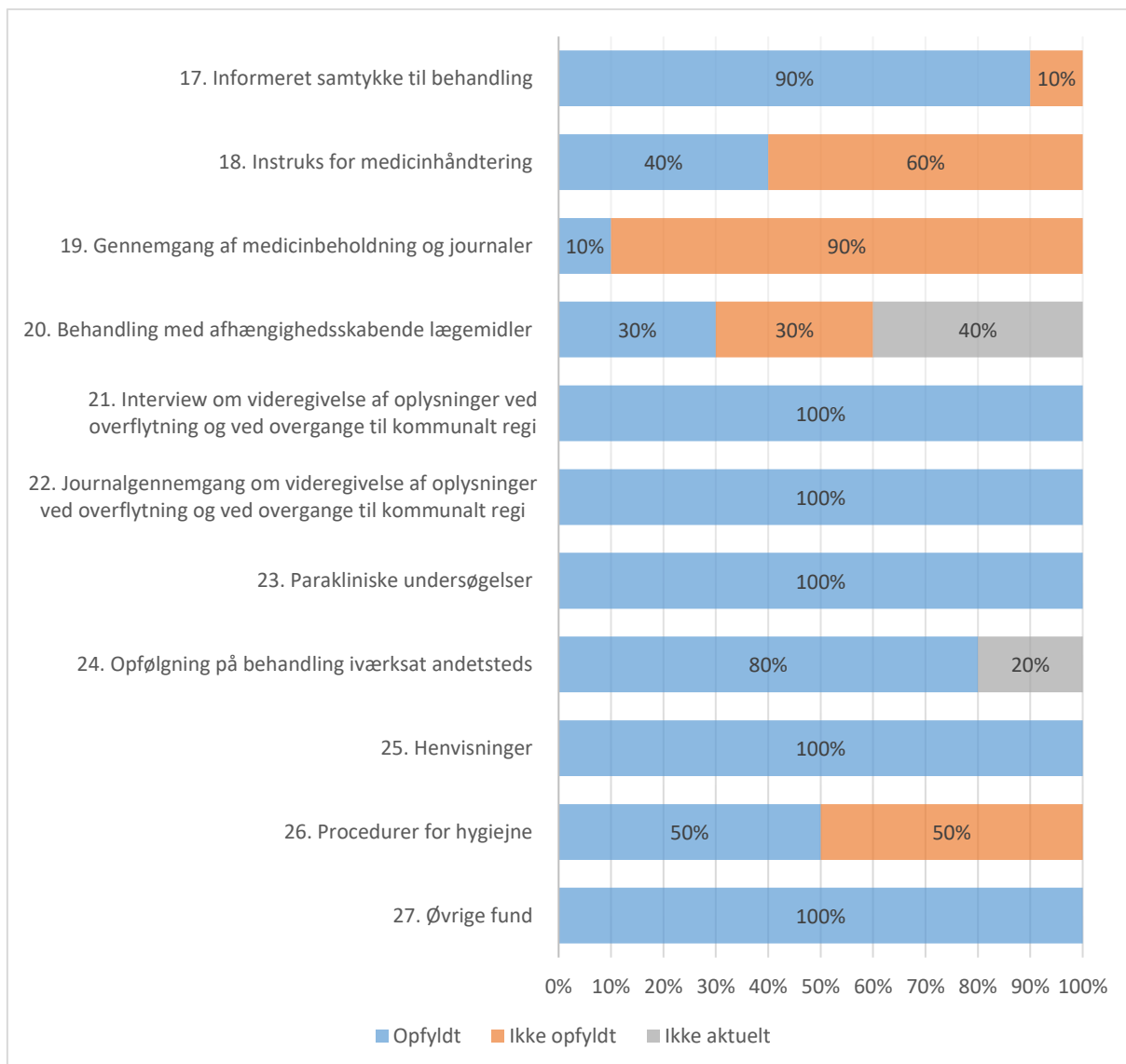
Figurerne nedenfor viser den samlede målepunktsopfyldelse for målepunkterne i det sundhedsfaglige tilsyn på asylcentre. Målepunkterne kan findes på styrelsens hjemmeside stps.dk. Bemærk, at ikke alle målepunkter har været relevante for samtlige asylcentre.



Figur 2: Målepunktsopfyldelse for sundhedsfaglige tilsyn med asylcentre for målepunkter vedrørende behandlingsstedets organisering



Figur 3: Målepunktsopfyldelse for sundhedsfaglige tilsyn med asylcentre for målepunkter vedrørende journalføring og faglige fokuspunkter



Figur 4: Målepunktsopfyldelse for sundhedsfaglige tilsyn med asylcentre for målepunkter vedrørende patienters retsstilling, medicinhandling, overgange i patientforløb, hygiejne og øvrige fund

Om det sundhedsfaglige tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforholdene og den sundhedsfaglige virksomhed på sundhedsområdet jf. sundhedsloven § 213. Tilsynet skal bidrage til at sikre patientsikkerheden og patienternes rettigheder. Derudover skal tilsynet understøtte læring på behandlingsstederne.

Alle behandlingssteder kan få tilsynsbesøg. Styrelsen gennemfører tilsynsbesøg på forskellige typer af behandlingssteder på baggrund af en risikovurdering af områder og temaer. Styrelsen for Patientsikkerhed udtrækker derefter behandlingssteder til planlagte, varslede tilsyn på baggrund af tilfældige stikprøver for at tegne en risikoprofil af forskellige typer af behandlingssteder. Styrelsen gennemfører også tilsyn på baggrund af konkrete bekymringer for patientsikkerheden.

En Strategisk Følgegruppe bestående af interessenter fra det danske sundhedsvæsen rådgiver styrelsen om udvælgelse af temaer for det sundhedsfaglige tilsyn. Temaerne for årets tilsyn i 2019 var diagnostik og behandling med fokus på det kirurgiske område og den sårbare patient. Dette fokus blev valgt, fordi disse faktorer bidrager til en øget risiko for patientsikkerheden. Et tema passer ikke nødvendigvis på alle typer af behandlingssteder. Når temaet ikke er relevant, tager tilsynsbesøget udgangspunkt i målepunkter, som er relevante for den pågældende type af behandlingssteder.

Besøget kan være planlagt eller reaktivt. Ved et planlagt tilsyn udvælges behandlingsstedet på baggrund af en risikovurdering eller som en stikprøve. Besøget varsles mindst seks uger i forvejen og gennemføres med udgangspunkt i målepunkterne. Reaktive tilsyn igangsættes ved bekymringshenvendelser til styrelsen, pressefokus eller utilstrækkelig patientsikkerhed identificeret ved styrelsens planlagte sundhedsfaglige tilsyn. Reaktive tilsyn varsles som hovedregel to uger i forvejen. Er patientsikkerheden truet, kan styrelsen gennemføre tilsyn med kortere varsel eller helt uvarslet. Efter et tilsyn udarbejder styrelsen en tilsynsrapport, som offentliggøres på styrelsens hjemmeside. Har behandlingsstedet en hjemmeside, skal rapporten også være tilgængelig her.

I 2019 gennemførte Styrelsen for Patientsikkerhed 1.426 udgående tilsyn med sundhedsfaglige behandlingssteder, hvoraf 1.141 blev gennemført som planlagte tilsyn og 285 som reaktive tilsynsbesøg.

Det er det tredje år, hvor styrelsen har gennemført planlagte, varslede tilsyn på baggrund af tilfældige stikprøver for at tegne en risikoprofil af forskellige typer af behandlingssteder. Målet er, at styrelsen efter tre år med denne type sundhedsfaglige organisatoriske tilsyn har etableret et overordnet billede af, hvordan det står til med patientsikkerheden inden for de forskellige områder. Det kan give et kvalificeret udgangspunkt for fremover at sætte fokus på de områder, hvor der er størst risiko for patientsikkerheden.

Fokus på læring

Et af formålene med det sundhedsfaglige tilsyn er at understøtte læring, både lokalt på det enkelte behandlingssted og på tværs af landet.

Læringen sker lokalt, og for de behandlingssteder, der får tilsyn, kan det bl.a. ske i forberedelsen til tilsynet, hvor behandlingssteder vælger at gennemgå egne retningslinjer og procedurer, eventuelt kombineret med en journalaudit. Det sker også gennem dialog undervejs i tilsynet, og det sker

gennem tiltag, som behandlingssteder kan sætte i værk efter tilsynet, fx som opfølgning på henstillinger.

For de behandlingssteder, som ikke får tilsyn, kan de erfaringer, som samles op gennem tilsynene, også være kilde til læring. Den viden, som styrelsen løbende opsamler fra tilsynene, danner grundlag for læringsindsatser, bl.a. i form af erfaringsopsamlinger som denne og i form af nationale forbedringsprojekter, temadage og undervisningsmateriale.