



# Tilsynsrapport

## Boligerne Brøndbyøstervej

Reaktivt tilsyn 2021

**Brøndbyøstervej 156B**  
**2605 Brøndby**  
**Danmark**

**CVR-** nummer: 65113015 **P-nummer:** 1016538082 **SOR-ID:** 629741000016007

**Dato for tilsynsbesøget:** : 11-03-2021

**Tilsynet blev foretaget af:** Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
**Sagsnr.:** 35-2011-5525

# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i høringsperioden. Vi afslutter dermed tilsynet.

## Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter gennemgang af forholdene på behandlingsstedet den **11-03-2021** vurderet at behandlingsstedet falder i kategorien:

### **Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden**

Vurderingen af behandlingsstedet er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af dette fremstod behandlingsstedet velorganiseret med gode procedurer.

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at målepunkterne vedrørende behandlingsstedets organisering, instrukser og hygiejne blev vurderet opfyldt.

Behandlingsstedet havde indført et nyt elektronisk journalsystem december 2020 og var ved tilsynet fortsat i proces med implementeringen af dette. Der var ikke etableret en fælles, systematisk arbejdsgang for, hvor oplysninger om beboernes behandling skulle dokumenteres i journalen. Ligesom der var mangler i dokumentation af evaluering af beboernes behandlingsplaner. Ved interview af personalet var det klart, at der på behandlingsstedet var tilstedeværelse af viden om patienters fysiske og psykiske tilstand, som ikke systematisk var dokumenteret i journalerne.

Der var ved tilsynet gennemgående mangler i forhold til vurdering og dokumentation af beboernes samtykke til behandling. Enkeltstående mangler i forbindelse med medicin håndtering var relateret til et patientforløb, hvor ansvar for beboerens medicindispensering og administration lå hos hjemmeplejen.

Det er styrelsens vurdering, at fundene ved tilsynet var få og spredte, og at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet. Styrelsen vurderer således, at der var tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden.

## Sammenfatning af fund

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang skal følgende fremhæves:

5 målepunkter ud af 16 relevante målepunkter blev vurderet ikke-opfyldt, hvilket medfører 7 henstillinger.

Uddybende beskrivelse af fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

Inden for målepunkterne *Journalføring* konstaterede vi i tre stikprøver, at den sundhedsfaglige journaldokumentation manglende systematik og manglende henvisning til informationer, der var dokumenteret i den pædagogiske del af journalen. Den sundhedsfaglige dokumentation af evaluering af beboernes behandling var mangelfuld. I en af tre stikprøver fremgik det ikke af journalen, at hjemmeplejen var ansvarlig for beboerens behandling herunder medicinering.

I målepunkterne for *Medicinhåndtering* var der fund i en stikprøve, der omfattede uoverensstemmelse mellem en ordination og et præparat i medicinbeholdningen, manglende anbrudsdato på salver, et præparat der manglede i medicinbeholdningen og et seponeret præparat, der blev opbevaret sammen med den aktuelle medicin.

I målepunkterne for *Patientens retsstilling* manglede der generelt dokumentation af samtykke til behandling / behandlingsplan.

Detaljerede fund kan ses i oversigten: [Fund ved tilsynet](#)

## Henstillinger

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

- Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring (målepunkt 5)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme (målepunkt 8)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste (målepunkt 11)
- Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning (målepunkt 12)
- Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling samt patientens og eventuelt de pårørende/værges tilkendegivelser på baggrund af den givne information er dokumenteret i sundhedsfaglige dokumentation (målepunkt 14)

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at behandlingsstedet opfylder ovenstående henstillinger.  
Styrelsen anmoder om, at eventuelle bemærkninger til rapporten bliver fremsendt tre uger efter modtagelsen af denne.

## 2. Begrundelse og fokus for tilsynet

---

### Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed modtog den 20 januar 2021 en henvendelse fra Socialtilsyn Hovedstaden vedr. behandlingsstedets samarbejde med en beboers værge, hvor behandlingsstedet oplyste til Socialtilsyn Hovedstaden, at værgen afskar behandlingsstedets personale i at udføre deres opgaver i forbindelse med behandlingen af beboeren, herunder håndtering af beboerens medicin.

### Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed anvendte ved tilsynet Målepunkter for bosteder 2020, som grundlag for vurderingen:

- Behandlingsstedets organisering
- Journalføring
- Medicinhåndtering
- Patienters retsstilling
- Hygiejne
- Øvrige forhold af betydning for patientsikkerheden

Der blev gennemgået 3 journaler for beboere, der fik medicinsk behandling.

## 3. Fund

---

[↑Tilbage til vurdering](#)

### Behandlingsstedets organisering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling</u>	X			
2:	<u>Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling</u>	X			
3	<u>Interview og gennemgang af formelle krav til instrukser</u>	X			

## Journalføring

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4:	<u>Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation</u>	X			
5:	<u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal</u>		X		Ved gennemgang af tre stikprøver var der manglende systematik i dokumentationen i journalerne, hvorfor det var vanskeligt at fremsøge journalinformationer. Der manglede henvisninger mellem journalens pædagogiske og sundhedsfaglige moduler. Medarbejderne havde et godt kendskab til beboerne og kunne redegøre for beboernes sundhedsfaglige problemstillinger, behandlinger samt opfølgning.
6:	<u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>	X			
7:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>	X			
8:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		Ved gennemgang af tre stikprøver var dokumentation af evaluering af iværksat behandling mangelfuld.  I en stikprøve fremgik det ikke klart, at hjemmeplejen havde ansvaret for beboerens behandling vedr. PEG sonde og medicin håndtering.  Medarbejderne havde et godt kendskab til beboerne og kunne redegøre for beboernes sundhedsfaglige problemstillinger, behandlinger samt opfølgning.

## Medicinhandling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling</u>	X			
10	<u>Gennemgang af og interview om instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger</u>	X			
11:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>I en ud af tre stikprøver, hvor hjemmeplejen havde ansvar for dispensering og administration af beboerens medicin var der ikke overensstemmelse mellem lægens ordination af Apovit D3 10 mkr / 400 ie og den aktuelle UNI-kalk Forte i medicinbeholdningen, som indeholdt D3 19 mkr / 400 mg.</p> <p>Medarbejderne ville følge op på uoverensstemmelsen på ordinationen med hjemmeplejen</p>
12:	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinhandling</u>		X		<p>I en ud af tre stikprøver, hvor hjemmeplejen havde ansvar for dispensering og administration af beboerens medicin, var der ikke anført anbrudsdato på Brentan- og Fusidinsalve. Fusidinsalven var seponeret, men blev opbevaret sammen med beboerens aktuelle medicin. I samme stikprøve manglede Tabl. Nexium i den aktuelle medicinbeholdning.</p> <p>Medarbejderne ville følge op med hjemmeplejen vedr. fund i medicinhandlingen.</p>
13:	<u>Gennemgang af og interview om instruks for brug af ikke-lægeordinerede håndkøbslægemidler og kosttilskud</u>	X			



## Patienters retsstilling

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14:	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling</u>		X		I tre stikprøver fremgik det ikke af dokumentationen, at der var indhentet informeret samtykke til lægekontakt.  Medarbejderne kunne redegøre for informeret samtykke til lægekontakt, men havde ikke dokumenteret det i journalen.

## Hygiejne

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15:	<u>Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme</u>	X			

## Diverse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
16:	<u>Interview om adrenalin ved injektionsbehandling samt kompetencer for anvendelse heraf</u>	X			

## Øvrige fund

Målepunkt		Ingen fund	Fund og kommentarer		
17:	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>	X			

## 4. Relevante oplysninger

---

### Oplysninger om behandlingsstedet

Boligerne Brøndbyøstervej 156 B er et botilbud til voksne jf. Lov om Social Service § 108. Der er aktuelt 32 beboere, der har egen bolig med toilet og bad.

Bostedet henvender sig til borgere med medfødte og erhvervede fysiske og psykiske udviklingsforstyrrelser. I øjeblikket spænder beboersammensætningen aldersmæssigt fra unge til ældre, der kan have aldersrelaterede sygdomme.

Der er ca. 100 ansatte, heraf ca. halvdelen med en socialpædagogisk baggrund. Behandlingsstedet har fokus på ansættelse af sundhedsfagligt personale jf. beboersammensætningens behov, hvor der i øjeblikket er en fastansat social- og sundhedsassistent, der er koordinator for den sundhedsfaglige aktivitet herunder journalføring og medicin håndtering. Der er etableret intern kursusplan og prioritering af medicin håndtering, ligesom der samarbejdes med kommunens udviklingspsykiatriske.

### Om tilsynet

Tilsynet er gennemført som et reaktivt tilsynsbesøg. Til oplysning af sagen er anvendt følgende kilder:

- Interview med ledelse og personale
- Gennemgang af instrukser
- Gennemgang af tre journaler
- Gennemgang af medicin håndtering for tre patienter

Afsluttende opsamling på tilsynets fund er givet til:

- Laila Aggergaard, leder
- Rikke Santin, funktionsleder
- Susan Petersen, koordinerende social- og sundhedsassistent

Tilsynsbesøget blev foretaget af:

- Annemarie Rohrberg, Oversygeplejerske
- Karen Riisberg, Oversygeplejerske

## 5. Bilag

---

### Uddybning af målepunkter

# 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 behandlingssteder, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af autoriserede sundhedspersoner eller af personer, der handler på deres ansvar, samt andre personer, der udøver sundhedsfaglig virksomhed inden for sundhedsvæsenet.

Den 1. januar 2017 blev Styrelsen for Patientsikkerheds frekvensbaserede tilsyn omlagt til et proaktivt risikobaseret tilsyn<sup>1</sup>. Dette indebærer blandt andet, at der føres tilsyn med udvalgte behandlingssteder<sup>2</sup> dels ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden<sup>3</sup>, dels på stikprøvebasis som led i afdækning af nye områders risikoprofil.

Ud over de planlagte, tematiserede tilsyn har styrelsen som hidtil et såkaldt reaktivt tilsyn med alle behandlingssteder. Det reaktive tilsyn indebærer, at styrelsen foretager aktiv kontrol, som kan gennemføres enten i form af tilsynsbesøg eller ved indhentning af materiale og skriftlig korrespondance, hvis styrelsen får kendskab til eller mistanke om overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, der indebærer farer for patientsikkerheden. Reaktive tilsyn gennemføres fx på baggrund af bekymringshenvendelser, klagesager, medieomtale eller som opfølgning på et tidligere tilsyn, hvor der er givet påbud.

De reaktive tilsyn bunder i Styrelsen for Patientsikkerheds grundlæggende forpligtelse til at reagere relevant på forhold, der skaber en bekymring for eller udgør en konkret fare for patienterne. Materialer med relevans for tilsyn kan findes på styrelsens 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](#).

Hvis det bliver anset for nødvendigt, kan styrelsen efter undersøgelserne give påbud, hvori der opstilles sundhedsmæssige krav til et behandlingssted. Styrelsen for Patientsikkerhed kan endvidere om nødvendigt stille krav om midlertidigt helt eller delvist at indstille virksomheden.

## Patientsikkerhed

Et reaktivt tilsyn er en reaktion på en bekymring om nogle helt konkrete forhold på et bestemt behandlingssted. Et reaktivt tilsyn handler om at undersøge, om patientsikkerheden på et behandlingssted er forsvarlig, og at sikre, at forholdene bliver bragt i orden, hvis det ikke er tilfældet.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2 og § 213 c

<sup>3</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 2

## Indhentning af materiale

Til brug for oplysning af patientsikkerheden på behandlingsstedet kan styrelsen indhente og gennemgå forskelligt materiale. Det kan fx dreje sig om gennemgang af styrelsens egne sager ift. behandlingsstedet (tidligere klage- og tilsynssager) samt indhentning af journaler og instrukser. Derudover kan styrelsen have dialog med typisk ledelsen på behandlingsstedet i form af møder samt indhentning af udtalelser og redegørelser. Endelig vil styrelsen normalt gennemgå offentligt tilgængelige internetportaler m.m. for at indhente oplysninger vedr. behandlingsstedet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>4</sup>.

## Tilsynsbesøg

I mange reaktive tilsynssager gennemføres et tilsynsbesøg. Et reaktivt tilsynsbesøg kan være både varslet og uvarslet. Uvarslede tilsynsbesøg bruges kun, hvis Styrelsen for Patientsikkerhed har brug for at danne sig et øjebliksbillede af situationen, eller hvis formålet med undersøgelsen ellers kan forspildes. De forhold, som undersøges under et reaktivt tilsynsbesøg, bliver fastlagt ud fra de konkrete omstændigheder.

Styrelsen for Patientsikkerhed eller personer, som styrelsen har bemyndiget til at udføre tilsynet, har til enhver tid, som led i tilsynet, mod behørig legitimation og uden retskendelse adgang til at inspicere behandlingsstedet<sup>5</sup>. Styrelsen kan kræve oplysninger af personalet på behandlingssteder, der er nødvendige som led i tilsynet. Der er pligt til at videregive de afkrævede oplysninger. Det betyder, at der ikke skal indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger<sup>6</sup>.

## Afrapportering

Styrelsen udarbejder en tilsynsrapport, som kommer i høring hos behandlingsstedet. Rapporten omfatter hele tilsynet, herunder også den afdækning og indhentning af informationer, som kan ligge udover selve tilsynsbesøget. Hvis der gennemføres et tilsynsbesøg som led i tilsynet, får behandlingsstedet en kort orientering om styrelsens vurdering som afslutning på besøget. Hvis der er tale om et reaktivt tilsyn, omfatter rapporten alene det indhentede materiale.

Det er det samme regelsæt for sanktionsmuligheder, som gælder for planlagte og reaktive tilsyn. Det er beskrevet i sundhedsloven § 215b. Behandlingsstedet modtager efter tilsynet et udkast af rapporten i høring (partshøring) med en høringsfrist på normalt 3 uger.

Der er i høringsperioden altid mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Dertil skal der i henhold til henstillinger om handleplan eller krav med påbud fremsendes relevant materiale.

Efter høringsperioden vurderer styrelsen handleplanen eller anden fremsendt dokumentation, og indskriver en konklusion efter partshøring. Det tilføjes i rapporten, hvorvidt man har indsendt materiale, som bevirker, at behandlingsstedet nu har opfyldt kravene. Styrelsen tager efter høringen stilling til, om tilsynet skal give

---

<sup>4</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

<sup>5</sup> Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

<sup>6</sup> Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3

anledning til, at behandlingsstedet får en henstilling eller eventuelt et påbud, eller om styrelsen kan afslutte tilsynet uden at foretage sig yderligere.

Derefter offentliggøres tilsynsrapporten på styrelsens hjemmeside under [Tilsynsrapporter](#). Yderligere har behandlingsstedet pligt til at gøre tilsynsrapporten let tilgængeligt på behandlingsstedets hjemmeside, hvis behandlingsstedet har en hjemmeside, og sørge for at den er umiddelbart tilgængelig på behandlingsstedet.<sup>7</sup>

Et eventuelt påbud offentliggøres ligeledes på styrelsens hjemmeside under [Påbud](#) og på sundhed.dk<sup>8</sup>.

## Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i følgende 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

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de gennemgåede målepunkter. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan 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 Styrelsen for Patientsikkerhed give påbud, hvori der opstilles sundhedsfaglige krav til den pågældende virksomhed, eller give påbud om midlertidigt at indstille virksomheden helt eller delvist.<sup>9</sup>

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde 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>10</sup>, fx hvis Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer, at der er en alvorlig risiko for patientsikkerheden på behandlingsstedet.

---

<sup>7</sup> Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 976 af 26. juni 2018 § 24 stk. 2

<sup>8</sup> Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, og bekendtgørelse nr. 604 af 2. juni 2016

<sup>9</sup> Se sundhedsloven § 215 b

<sup>10</sup> Se sundhedsloven § 213, stk. 1