

Tilsynsrapport Langebyhus

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Langebyhus
Langebyende 20
5471 Søndersø

CVR- nummer: 29188947 P-nummer: 1003310147 SOR-ID: 1019981000016001

Dato for tilsynsbesøget: 09-10-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-21345



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger og materiale i form af fyldestgørende instrukser i forhold til behandlingsstedet organisering, patienternes behov for behandling, instruks for sundhedsfaglig dokumentation, instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger, instruks for medicinhåndtering, instruks for ikke- lægeordnede håndkøbslægemidler og kosttilskud, instruks for samtykke til sundhedsfaglig behandling og instruks for hygiejne.

Der har været afholdt et dialogmøde med Styrelsen for Patientsikkerhed, den 7. november 2025, hvor ledelsen af Langebyhus redegjorde for deres ændring i organisationen og at de sundhedsfaglige opgaver overdrages til Sundhedsplejen og Sundhedsberedskabet i Nordfyns Kommune.

Vi anerkender, at Langebyhus har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede mangler ved tilsynsbesøget den 9. oktober 2025. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at de øvrige tiltag på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden på behandlingsstedet.

På baggrund af tilsynsbesøget den 27. maj 2025 og opfølgende tilsynsbesøg den 9. oktober 2025 har vi den 11. november 2025 givet et påbud til Langebyhus, Nordfyns Kommune, om:

- at indstille den sundhedsfaglige virksomhed fra og med den 12. november 2025.

Det indebærer, at der fra den 12. november 2025 ikke må varetages sundhedsfaglig virksomhed ved Langebyhus, Nordfyns Kommune. Langebyhus må således hverken have ansvar for, udføre eller deltage i sundhedsfaglig virksomhed før dette påbud er ophævet.

Afgørelse af 11. november 2025 træder i stedet for afgørelsen af 29. juli 2025 om at sikre forsvarlig medicinhåndtering, systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå, tilstrækkelig journalføring samt udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for kompetence, ansvar og opgavefordeling, patienternes behov for behandling og for hygiejne og smitsomme sygdomme. som samtidigt ophæves.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at et påbud er efterlevet, fjernes de fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **09-10-2025** vurderet, at der på **Langebyhus** er:

Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Instrukser

Kompetence, ansvars-og opgavefordeling

Vi konstaterede, at Langebyhus fortsat ikke havde en instruks, der i nødvendigt omfang beskrev medarbejdernes og vikarers ansvar og opgaver i forhold til at varetage de sundhedsfaglige opgaver. Vi vurderer, at det har betydning for patientsikkerheden, at det er tydeligt for alle, hvilket ansvar og opgaver medarbejderne har, samt hvordan det sikres, at der er de rette kompetencer til at kunne varetage de sundhedsfaglige opgaver. Vi har lagt vægt på, at Langebyhus primært har ikke sundhedsfaglige medarbejdere ansat, har haft stor personaleudskiftning og bruger ufaglærte vikarer. Dette øger nødvendigheden af, at der er beskrivelser af, hvem der har de nødvendige kompetencer til at løse de sundhedsfaglige opgaver.

Journalføring

Langebyhus havde fortsat ikke udarbejdet en instruks, der beskrev hvordan den sundhedsfaglige journal skulle føres og hvem der havde ansvaret for at sikre en fyldestgørende journalføring. På baggrund af den grundlæggende mangelfuld systematik i journalføringen, vurderer vi, at det er nødvendigt, at der på Langebyhus udarbejdes og implementeres en instruks for den sundhedsfaglige journalføring.

Instruks for medicinhåndtering

Langbyhus havde udarbejdet en ny instruks for medicinhåndtering, men denne var mangelfuld og levede ikke op til de formelle krav for instrukser. På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen vurderer vi, at der fortsat ikke var udarbejdet og implementeret en tilstrækkelig instruks for medicinhåndtering. Behandlingsstedets ledelse redegjorde for, at de var i proces med at få den endelige instruks udarbejdet og implementeret.

Vi vurderer, at manglende fyldestgørende og implementering af en instruks det indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Instruksen skal også forebygge tvivl hos medarbejdere i situationer, hvor det kan indebære en risiko for beboerne, hvis behandlingen ikke bliver udført eller bliver udført forkert.

Hygiejne

Langbyhus havde fortsat ikke en instruks for håndhygiejne jf. anbefalinger fra de National Infektionshygiejniske Retningslinjer, og behandlingsstedet kunne ikke redegøre fyldestgørende for praksis for om personalet bar ure, ringe og neglelak i forbindelse med de sundhedsfaglige opgaver. Vi vurderer, at en manglende procedure for håndhygiejne udgør en risiko for, at bakterier og sygdom spredes.

Patienternes behov for behandling

Der var nu udarbejdet en instruks for patienternes behov for behandling. På baggrund af interview, vurderer vi, at instruksen var implementeret.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Vi konstaterede, at der manglede systematik i den sundhedsfaglige dokumentation, som ikke i nødvendigt omfang beskrev beboernes sygdomme, problemstillinger, iværksat pleje og behandling, samt aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på beboernes sygdomme.

Det var gennemgående, at den faglige vurdering af beboernes sundhedsfaglige problemstillinger ikke fremgik af journalerne. Behandlingsstedet redegjorde for, at der var en praksis for, hvem der havde ansvaret og opgaven med at vurdere de 12 problemområder. Vi vurderer dog, at på trods af, at beboerne havde få aktuelle problemstillinger og risici kunne medarbejderne i flere tilfælde ikke redegøre for, at relevante faglige vurderinger var foretaget i relation til de konkrete problemstillinger.

Vi vurderer, at mangelfulde beskrivelser af beboernes aktuelle problemstillinger, herunder hvilke aftaler der er indgået med den behandlingsansvarlige læge medfører et manglende overblik over personalets opgaver og ansvar. I den forbindelse finder vi det særligt skærpende at behandlingsstedet havde et højt forbrug af vikarer, der ikke kender beboerne, og hvor mangler i journalføringen betyder, at der ikke er det fornødne grundlag for at foretage de relevante observationer. Manglende overblik over personalets opgaver og ansvar øger risikoen for, at der ikke bliver fulgt relevant og rettidigt op på den iværksatte pleje og behandling eller på ændringer i beboerens tilstand, hvilket kan øge risikoen for unødigt forværring af beboerens tilstand. Vi har lagt særligt vægt på, at manglende vurdering af et aktuelt problem hos en borger der cuttede sig og var i risiko for selvskadende adfærd betød, at der ikke blev iværksat relevant pleje og behandling, da personalet ikke har det nødvendige grundlag for at kunne reagere relevant på forandringer og forværring i patientens tilstand.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på en selvskadende adfærd hos en beboer og der ikke følges op på en medicinsk behandling, da opfølgning danner grundlag for vurderingen af, om behandlingen har haft den ønskede effekt, eller om der skal iværksættes yderligere tiltag.

Da ledelsen oplyste, at manglerne i journalerne var udtryk for den generelle praksis på behandlingsstedet vurderer vi, at manglerne gav risiko for manglende observationer samt utilstrækkelig pleje og behandling ved beboerne på Langebyhus.

Medicinhåndtering

På trods at behandlingsstedet nu kunne redegøre for at de havde iværksat en systematisk arbejdsgang, der sikrede, at den administrerede medicin var i overensstemmelse med ordinationen, konstaterede vi flere mangler i medicinhåndteringen.

Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når behandlingsstedet administrerer medicin uden at have det fornødne kendskab til opgaven. Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at behandlingsstedet ikke havde kendskab til hvordan salver, der skulle anvendes med særlige forholdsregler, skulle administreres. Desuden udgør det også en risiko for patientsikkerheden, når der ikke er et tilstrækkeligt kendskab til en udtrappingsplan for antipsykotika, herunder de relevante observationer, der skal foretages i den forbindelse.

Patienters retsstilling

Vi konstaterede, at informeret samtykke til pleje og behandling ikke fortsat fremgik af journalerne, og at der generelt var usikkerhed omkring, hvornår et informeret samtykke skulle indhentes. Vi vurderer dog, at Langebyhus fik indhentet samtykke fra forældrene forud for iværksættelse af pleje og behandling i de konkrete stikprøver.

Samlet vurdering

Vi vurderer, at der fortsat var betydelige mangler med at foretage de sygeplejefaglige vurderinger af beboernes problemstillinger og journalføring, samt at sikre en forsvarlig medicinhåndtering. Vi vurderer, at de påviste mangler var gennemgående og havde et stort omfang ligesom ved tilsynet i maj 2025. Vi

finder det skærpende at fraset en enkelt instruks var arbejdet med at udarbejde tilstrækkelige instrukser ikke påbegyndt fem måneder efter første tilsyn. Der er således ikke sket forbedring af de sundhedsfaglige forhold, og vi vurderer på den baggrund, at der aktuelt ikke er de fornødne kompetencer til rådighed, der kan sikre de gennemgribende ændringer, der er nødvendige, for at sikre at sundhedsfaglige opgaver bliver forsvarlig varetaget.

Vi har lagt vægt på, at patientgruppen på behandlingsstedets er børn og unge, der er særligt sårbare og kræver tætte observationer og hurtig opfølgning på eventuelle ændringer. Desuden har vi også lagt vægt på, at behandlingsstedet oplyste, at de aktuelt forventede, at udvide behandlingsstedet med flere beboere.

Samlet set vurderer vi, at manglerne fortsat indebærer kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

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

Num mer	Navn	Krav
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici	Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	- Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med de behandlende læger om kontrol af kroniske sygdomme ved den medicinske patient - Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige	Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning

	dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme • Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at at der i instruksen for medicinhåndtering er beskrevet hvordan man håndterer håndkøbslægemidler og kosttilskud. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan medicinen dispenseres. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet håndterer dosisdispenseret medicin. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet håndterer ikke-dispenseret medicin. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet kontrollerer og dokumenterer modtagelsen af medicin, herunder om medicinen er i overensstemmelse med ordinationen. • Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, at der er procedurer for dokumentation af medicinordinationer. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruksen for medicinhåndtering. • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	• Behandlingsstedet skal sikre, at dato for ordination og/eller seponering fremgår af medicinlisten • Behandlingsstedet skal sikre, at der er angivet enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn medicin • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår, hvem der har administreret patientens medicin og herunder om patienten er selvadministrerende
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning • Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning • Behandlingsstedet skal sikre, at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato

		Behandlingsstedet skal sikre, at det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	- Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge - 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
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkert forsvarligt.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling		X		Langebyhus havde endnu ikke udarbejdet en instruks, der beskrev, hvordan medarbejdernes ansvar og opgaver var fordelt i forhold til at varetage sundhedsfaglige opgaver. Der var ikke et overblik over hvilke kompetencer de forskellige medarbejdere havde, eller hvilke opgaver der eksempelvis måtte varetages af vikarer. Lederen redegjorde for, at de var i en implementeringsfase og var ved at ansætte flere nye medarbejdere, herunder en medarbejder med sundhedsfaglige kompetencer.
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	X			

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Behandlingsstedet havde endnu ikke udarbejdet en sundhedsfaglig instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation. Behandlingsstedet redegjorde for, at det var kontaktpædagogen som skulle foretage udredning af de 12 sygeplejefaglige problemområder, men det fremgik ikke, hvordan det

					skulle foregå og hvor man skulle journalføre det. Medarbejderne oplyste, at dokumentationen foregik i dagbogsnotater i den pædagogiske journal, og der ikke var en systematik i dokumentationen i forhold til at beskrive de sundhedsfaglige problemstillinger.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Det var gennemgående, at der manglede systematik i journalerne, og det var vanskeligt at få et overblik over de relevante og nødvendige beskrivelser af beboernes sygdomme og psykiatriske lidelser samt aftaler med de behandlingsansvarlige læger om kontroller og opfølgning. Behandlingsstedet tilkendegav, at aftaler og opfølgninger fx ved sundhedsplejersken, ikke fremgik af journalen. Det var praksis, at dokumentere aftaler i en planlægningskalender, som ikke var en del af journalsystemet.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		Det var gennemgående ved journalgennemgangen, at der ikke var foretaget en sygeplejefaglig vurdering af beboernes aktuelle problemstillinger og risici. Hos en beboer som i perioder cuttede sig og kunne have selvmordstanker var problemet ikke beskrevet, ligesom der ikke fremgik en plan for plejen. Behandlingsstedet kunne redegøre for, at der var en plan og en samlet forebyggende indsats med relevante instanser. Der kunne dog ikke i tilstrækkelig grad redegøres for, hvilke opgaver personalet havde, for at forebygge og håndtere selvskadende adfærd. Hos en beboer som havde en aktuel problemstilling vedrørende udskillelse, fremgik det ikke af

					journalen, at problemstillingen var vurderet, og at der var lagt en plan for plejen. Behandlingsstedet redegjorde for, at de pædagogiske metoder i forhold til at imødekomme beboerens behov var beskrevet i de pædagogiske dagbogsnotater. Behandlingsstedet tilkendegav, at der ikke var blevet lavet en sygeplejefaglig vurdering af problemet. Der var planlagt et samarbejds møde med relevante samarbejdspartnere, men dette møde fremgik ikke af beboerens journal. Hos en beboer, der havde eksem og som skulle smøres flere gange dagligt, var der ikke en beskrivelse af problemet og plan for pleje og behandling. Det fremgik ikke, hvor beboeren havde eksem, hvor stort et område og hvordan det aktuelt så ud. Beboeren var i fast behandling med en salve og derudover kunne en anden stærkere salve anvendes ved behov. Det fremgik ikke hvilke observationer personalet skulle foretage eller hvornår der skulle gøres brug af pn (ved behov) præparatet og i hvor lang tid det kunne anvendes. Behandlingsstedet kunne redegøre for at pn-præparatet skulle anvendes ved opblussen i eksemet, Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvornår de skulle opstarte påsmøring med pn præparatet og med hvilket interval dette skulle foregå med, samt hvor længe de måtte smøre med det. PN-præparatet var et præparat, hvor der var særlige forholdsregler i forhold til hvor ofte der måtte smøres og i hvor lang tid. Behandlingsstedet havde heller ikke kendskab til hvilke aftale der var med den faste behandling, som var en behandling, der som udgangspunkt ikke bør vare længere
--	--	--	--	--	---

					end 4-6 uger, og hvor udtrapning kan være nødvendig for at undgå opblussen i eksemet igen. Hos en beboer med en aktuel problemstilling med caries fremgik det ikke af journalen, at der var foretaget en vurdering af problemstillingen. Det fremgik ikke, hvilken plan der var lagt i forhold til behandling eller hvilke opgaver personalet havde i forhold til problemstillingen. Behandlingsstedet havde ikke kendskab til om tandlægen havde lagt en plan for behandling eller om de havde opgaver i forbindelse med problemstillingen, men kunne dog oplyse hvornår beboeren næste gang skulle til tandlægen.
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Ved journalgennemgangen var det gennemgående, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke indeholdt beskrivelser af beboernes sygdomme, psykiatriske lidelser og funktionsnedsættelser. Lederen oplyste, at en beboer der var tilknyttet psykiatrien aktuel var i gang med at udtrappe antipsykotikum, men aftalen med den behandlingsansvarlige læge fremgik ikke af dokumentationen. Det var ikke beskrevet planen for udtrapning og hvilke aftaler der var om observationer og kontroller i forbindelse med udtrapning fremgik ikke af journalen. Hos en anden beboer fremgik det ikke af journalen, hvem der var den behandlingsansvarlige tandlæge for en aktuel behandling. Behandlingsstedet kunne redegøre for, at der var planlagt et besøg ved tandlæge, som fremgik af kalenderfunktionen i dokumentationsystemet.

7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		Hos en beboer som havde flere problemstillinger i relation til udskillelse, hud og slimhinder, samt tandhygiejne var der ingen dokumentation af den aktuelle pleje og behandling eller opfølgning derpå. Behandlingsstedet kunne redegøre for at der var planlagt et samarbejds møde vedr. udskillelse og et planlagt tandlægebesøg vedr. tandhygiejne. De kunne ikke redegøre for den aktuelle pleje og behandling og ikke i tilstrækkelig grad redegøre for om der var foretaget en opfølgning på iværksat pleje og behandling. Beboeren modtog medicinsk behandling i relation til en allergiproblematik, hvor den medicinske behandling skulle afsluttes. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, om der løbende var sket opfølgning og evaluering på den pågældende behandling. Hos en beboer der havde cuttet sig og havde modtaget behandling på sygehuset manglede der en beskrivelse af hvilken behandling, der var foretaget, og den pleje der var iværksat i forhold til såret og opfølgningen herpå.
----	---	--	---	--	---

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Behandlingsstedet havde udarbejdet en instruks for medicinhåndtering, men den var ikke fyldestgørende, idet den ikke beskrev: - Hvordan beboerne identificeres. - Hvordan ikke -

					lægeordinerende håndkøbsmedicin og kosttilskud håndteres Hvordan der blev kvitteret for ikke dispenserbar medicin Det blev oplyst, at behandlingsstedet var i proces med at udarbejde en fyldestgørende instruks for medicinbåndtering.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		På en medicinliste var et lægemiddel (næsedråber for allergi) stoppet på medicinlisten dagen før det ifølge ordinationen skulle været afsluttes.. Beboeren havde en fast ordination på en salve mod eksem samt en stærkere salve der måtte anvendes efter behov. I bemærkningsfeltet på PN præparatet var der noteret, at dette kunne erstatte den faste salve efter behov. Indikationen for samt den maksimale behandlingstid på PN præparat mod eksem fremgik ikke på medicinlisten.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		I en medicinbeholdning var der en tube salve som havde overskredet holdbarheden. Denne blev kasseret på tilsynet. I en medicinbeholdning manglede der et præparat mod allergi. Behandlingen med præparatet skulle stoppes dagen efter, men det var aktuelt ikke at finde i medicinbeholdningen. I flere tilfælde manglede der dokumentation af hvem der havde udleveret ikke-dispenserbar medicin. I nogle tilfælde blev medicinudlevering ikke kvitteret tidst. Behandlingsstedet redegjorde for, at efter udlevering af medicin skulle medarbejderne

					registrere tidstro, at dette var blevet givet.
--	--	--	--	--	--

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		Ved interview fremgik det, at der var usikkerhed omkring, hvornår der skulle indhentes et informeret samtykke. Det fremgik ikke af journalen at en pårørende, i nogle situationer, blev kontaktet når der skulle indhentes et samtykke. I en journal manglede der dokumentation af, at der var indhentet et samtykke, idet der blev brugt formuleringer som " Vi kontakter".

Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme		X		Behandlingsstedet havde ikke en instruks for hygiejne. Behandlingsstedet tilkendegav, at de ikke havde en beslutning om, hvorvidt man måtte anvende ringe, ure og neglelak, når man varetog sundhedsfaglige opgaver.

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici		X		Behandlingsstedet havde multivitaminer til fælles brug mellem to beboere, som

					behandlingsstedet selv havde indkøbt. Behandlingsstedet bortskaffede multivitaminerne under tilsynet.
--	--	--	--	--	---

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Langebyhus er et kommunalt børne- og ungehjem beliggende i Nordfyns Kommune.
- Langebyhus tilbyder ophold til børn og unge, der er omsorgssvigtede, kan være udadreagerende og som af forskellige årsager ikke kan bo hjemme eller hos en plejefamilie.
- Helle Rønnemoss er ny leder/forstander, der er tiltrådt 1. april 2025
- Langebyhus har 14 faste pladser, heraf 2 akutpladser samt 2 lejligheder (udslusning max 2 forældre + 2 børn).
- Alderen på børnene var 5-17 år.
- På tilsynsdagen var der 11 børn mellem 5 og 17 år.
- Langebyhus har døgnbemanding og to vågne nattevagter.
- De ansatte er pædagoger, pædagogiske assistenter og behandlingsstedet er i proces med at ansætte sundhedsfaglige medarbejdere og der vil starte en sygeplejerske sammen med andre socialfaglige medarbejdere, så de vil være ca. 22 fastansatte.
- Behandlingsstedet har ansat en social- og sundhedsassistent, som kommer hver 14. dag og varetager opdatering af medicinlisterne og dispenserer medicinen.
- Behandlingsstedet samarbejder primært med praktiserende læger, specialafdelinger samt med forældre og pårørende.
- Der varetages delegerede sundhedsfaglige opgaver fx i form af medicinhåndtering.
- Der anvendes faste vikarer, men Langebyhus har siden sidste tilsyn anvendt vikarer som ikke er kendt i huset.
- Langebyhus har planer om at udvide med flere patienter.

Begrundelse for tilsyn

Årsagen til besøget var, at Styrelsen for Patientsikkerhed på baggrund af et tilsynsbesøg den 27. maj 2025 gav et påbud til Langebyhus, Nordfyns Kommune, om straks at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herfor.
2. at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
4. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for:
 - kompetence, ansvar- og opgavefordeling
 - patienternes behov for behandling
 - hygiejne og smitsomme sygdomme.

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for bosteder anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to borgere

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 27. maj 2025.

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling om tilsynets fund deltog:

- Helle Rønnemoss, forstander
- Mai Wikkelsø, souschef
- En medarbejder der var medicinansvarlig og uddannet social- og sundhedsassistent

Tilsynet blev foretaget af:

- Pia Gade Hansen, oversygeplejerske
- Hanne Marian Søgaard, oversygeplejerske
- Signe Boye Karlsen, oversygeplejerske

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.