

Tilsynsrapport

Fonden Poseidon – afdeling Vang

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Fonden Poseidon
Fugløvej 4
7760 Hurup Thy

CVR- nummer: 36865512 P-nummer: 1020615849 SOR-ID: 705181000016002

Dato for tilsynsbesøget: 22-05-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-20290



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten.
Vi afslutter tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **22-05-2025** vurderet, at der på **Fonden Poseidon** er:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Behandlingsstedets organisering

Vi konstaterede ved tilsynet at der manglede en instruks, der beskrev patienternes behov for behandling. Mangler i instrukser, herunder hvordan personalet skal forholde sig i forbindelse med akut opstået sygdom og ulykke samt ved smitsomme sygdomme, indebærer en risiko for patientsikkerheden, da der er behov for tydelig rammesætning og instruktion af ikke-sundhedsfaglige medarbejdere, når de varetager lægeforbeholdt virksomhed. Vi har lagt vægt på, at Fonden Poseidon afdeling Vang, kunne redegøre for sikre arbejdsgange i forbindelse med akut opstået sygdom og ulykke samt ved smitsomme sygdomme. Ledelsen tilkendegav, at instruksen ville blive udarbejdet.

Journalføring og samtykke

Vi vurderede, at instruksen for journalføring var mangelfuld. Der manglede beskrivelse af medarbejdernes opgaver og ansvar i forhold til føring af journalen samt krav om indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. Ved tilsynet konstaterede vi, at hvis der ikke fremkom diagnosekoder fra lægen, var oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser ikke opdateret. Det var ikke muligt at få et overblik over plan for opfølgning og evaluering af en patients konkrete behandling med lungemedicin. Medarbejder og ledelse kunne redegøre for den enkelte konkrete patients aktuelle situation og redegjorde for, at alt samarbejde vedrørende aktuel pleje og behandling altid foregik i samarbejde med patienterne og den behandlingsansvarlige læge, eller det blev varetaget helt eller delvis i samarbejde med pårørende/værge. Der blev yderligere redegjort for det konkrete behandlingsforløb samt opfølgning og evaluering.

Det fremgik ikke af journalerne, om patienterne havde evne til at give et informeret samtykke til pleje og behandling, selvom der var tale om en patientgruppe, hvor det var relevant. Det fremgik heller ikke, hvem

der kunne give et stedfortrædende samtykke. Medarbejderne kunne redegøre fyldestgørende for, at patienternes evne til at give samtykke blev vurderet. Vi har i vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedet kendte patienterne godt og kunne redegøre for de konstaterede mangler i journalføringen, hvorfor det er vores vurdering, at det alene handler om manglende journalføring heraf.

Samlet vurdering

På baggrund af de drøftelser der fandt sted under tilsynet, vurderer vi, at behandlingsstedet har de fornødne kompetencer til at udarbejde tilstrækkelige instrukser og sikre den fortsatte implementering heraf.

På den baggrund vurderer vi samlet set, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi forudsætter, at behandlingsstedet følger vores henstillinger, og selv vil være i stand til at rette op på de konstaterede mangler ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynsbesøget.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Num mer	Navn	Henstillinger
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med 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
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	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 dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	- 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 - 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
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

Num mer	Navn	Henstillinger
		• 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

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	X			
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		Behandlingsstedet havde ikke en instruks for patienternes behov for behandling. Personalet redegjorde for sikre arbejdsgange i forbindelse med tilkald af læge, vagtlæge og 112. Der manglede også beskrivelse af hvordan medarbejderne skulle forholde sig ved smitsomme sygdomme. Personalet kunne dog redegøre for korrekt håndhygiejne.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Der var udarbejdet en instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation, men denne var ikke fyldestgørende. Instruksen beskrev ikke personalets opgaver og ansvar i forhold til føring af journalen, krav om indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation. Der var f.eks. ikke beskrevet hvem, der havde ansvaret for at beskrive et samlet overblik over beboerens sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler om kontrol med behandlingsansvarlige læge.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	X			
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici	X			
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Der blev benyttet et skema med diagnosekoder. Dette betød, at hvis det ikke var muligt for den sundhedsfaglige at fremfinde en diagnosekode, så fremkom der ikke beskrivelse i oversigten over sygdomme og funktionsnedsættelser. Hos en patient manglede en angivelse af at patienten havde en lungesygdom.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		Hos en patient med lungeproblemer, manglede en beskrivelse af aktuel pleje og behandling opfølgning og evaluering. Personalet kunne tydeligt og præcist redegøre for ovenstående.

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	X			
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	X			

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	X			

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		Ved gennemgang af de to journaler manglede der dokumentation for, om beboeren selv havde evnen til at kunne give et informeret samtykke til pleje og behandling eller hvem, der kan give samtykke på beboerens vegne. Personalet oplyste, at beboernes habilitet altid blev vurderet. Det fremgik ikke af dokumentationen, hvem der havde givet samtykke til den konkrete behandlingsplan med lungemedicin. Der kunne redegøres for indhentelse af samtykket.

Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	X			

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Fonden Poseidon, afdeling Vang er et af tre bosteder under fonden Poseidon.
- Der er plads til syv unge i alderen 11-18 år med mulighed for efterværn op til 23 år.
- Målgruppen er omsorgssvigtede børn og unge, ofte med ADHD.
- Opholdsstedet er et døgndækkende tilbud og der er ansat syv medarbejdere, som primært er pædagogiske - og sundhedsfaglige medarbejdere. Derudover et team af faste vikarer.
- Personalet tilbyder ledsagelse af beboerne til behandlingsansvarlige læger.
- Der samarbejdes med praktiserende læger, regionspsykiatrien, tandlæger med flere.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn den 9. januar 2025 på en anden afdeling i fonden. På den baggrund vurderede vi, at der var grundlag for at udføre et reaktivt tilsyn med det fulde målepunktsæt, for at undersøge de sundhedsfaglige forhold nærmere på et af fondens andre behandlingssteder.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere.
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser.
- Der blev gennemgået to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter.

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Morten Maagaard, Forstander
- To medicinansvarlige på afdelingen i Boddum, Vang og Thisted

Tilsynet blev foretaget af:

- Jane Filtenborg Bjerregaard, oversygeplejerske
- Sussi Albrechtsen, 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*](#).