

Tilsynsrapport Blomsterhusene, Gentofte Kommune

Sundhedsfagligt, planlagt - udgående tilsyn

Bosteder

Blomsterhusene, Gentofte Kommune
Bank-Mikkelsens Vej 12
2820 Gentofte

CVR- nummer: 19438414 **P-nummer:** 1003258447 **SOR-ID:** 989191000016005

Dato for tilsynsbesøget: 13-05-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-20828



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger med beskrivelse af den umiddelbare opfølgning og initiativer og materiale i form af lokale og kommunale instrukser.

Vi anerkender, at Blomsterhusene, Gentofte Kommune, har planlagt og iværksat tiltag med henblik på at rette op på de angivne krav. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 3. september 2025 givet Blomsterhusene, Gentofte Kommune, et påbud om straks at sikre:

1. at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
2. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herom.
3. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for:
 - personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling
 - patienters behov for behandling
 - medicinhandling

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **13-05-2025** vurderet, at der på **Blomsterhusene, Gentofte Kommune** er:

Større 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

Vi konstaterede at der var flere af Gentofte Kommunes instrukser, som vi fandt mangelfulde. Herunder instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, hvor det ikke var entydigt defineret hvem der måtte varetage hvilke sundhedsfaglige opgaver.

Instruksen for patienters behov for behandling var mangelfuld og opfyldte ikke kravene, idet der ikke var beskrevet en klar procedure for hvordan der skulle sikres igangsættelse af genoplivning.

Vi fandt også nogle mangler i instruksen for sundhedsfaglig dokumentation, hvor det ikke var beskrevet, hvornår de indledende sygeplejefaglige vurderinger senest skulle være oprettet i journalen, samt hvornår der skulle følges op på vurderingerne.

Derudover fandt vi at instruksen for medicinhåndtering ikke var i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning, samt at den lokale instruks for medicinhåndtering manglede beskrivelse af stikkeskema.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Vi konstaterede, at der i flere af de oprettede aktuelle problemområder manglede en beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I nogle få tilfælde var der ikke dokumenteret opfølgning og evaluering på pleje og behandling. Manglerne i journalføringen betød, at personalet i flere tilfælde ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, hvilke overvejelser, der var gjort, hvilken pleje og behandling, der var planlagt, og hvilken pleje og behandling, der var udført samt resultatet heraf. Derudover konstaterede vi, at oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser i begge tilfælde var mangelfulde, da oversigten var baseret udelukkende på diagnose koder.

Det er vores vurdering, at den manglende beskrivelse af pleje, behandling, opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring, men i flere tilfælde må tages som udtryk for manglende udførelse heraf.

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

Medicinhåndtering

Vi fandt få mangler i medicinhåndteringen, hvor behandlingsstedet ikke havde sikret, at dispenseret pn-medicin var mærket med dato for dispensering og medicinens udløbsdato.

Samlet vurdering

Ved vurderingen har vi lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, især inden for instrukser og journalføring, hvilket kræver målrettet arbejde med systematisk journalføring, inden målepunkterne kan opfyldes.

Samlet set vurderer vi, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav og henstillinger

Krav

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

Nummer	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
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
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 der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
7.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedrørende	Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er

	aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.

Henstillinger

10.	Gennemgang af medicinbeholdning	Behandlingsstedet skal sikre, at dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patienternes navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
-----	---------------------------------	--

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		Der forelå en kommunal instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, men der manglede definition af, hvem der måtte varetage hvilke sundhedsfaglige opgaver, samt til hvilket niveau. Teamlederne kunne fuldt ud redegøre for, at personalet var bevidst om egne og andre faggrupperes roller og ansvarsområder. De fortalte at de var i proces med at definere medarbejdernes kompetencer ift. faglærte – ufaglærte samt ift. autorisationsniveau.
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		Der forelå en kommunal instruks for patienters behov for behandling. Under afsnittet fremgangsmåde var det ikke klart beskrevet, at der skulle igangsættes HLR, ved fund af livløs eller ukontaktbar borger. Desuden var proceduren for genoplivning mangelfuldt beskrevet. Behandlingsstedet kunne redegøre for korrekt procedure ved fund af livløs.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende		X		Der forelå en kommunal instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Vi fandt at den var mangelfuld, idet der

	sundhedsfaglig dokumentation				ikke var beskrivelse af, hvornår de indledende sygeplejefaglige vurderinger senest skulle være oprettet i journalen, samt krav om beskrivelse ved ændring af patienternes tilstande. Herunder hvornår der skulle følges op og evalueres ift. patienternes behandling og pleje.
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		Ved journalgennemgang konstaterede vi, at patienternes problemområder generelt ikke var vurderede i den sundhedsfaglige dokumentation. Vi konstaterede, at Blomsterhusene havde en praksis for, at hvis patienter i medicinsk behandling og/eller med kroniske problemstillinger var i status quo, så blev det ikke vurderet som et aktuelt problem, men som ingen problemer. Eksempelvis var funktionsnedsættelse hos en patient der anvendte hjælpemidler ikke vurderet som et aktuelt problem, men vurderet som ingen problemer. Dette blev rettet under tilsynet. I en stikprøve fremgik det at patienten havde pådraget sig en knæskade. Her manglede en beskrivelse af en opfølgende sygeplejefaglig vurdering. I en stikprøve hvor patienten var i behandling mod tørre øjne, manglede en sygeplejefaglig vurdering ift. hvordan tilstanden kom til udtryk. Personalet kunne til delvist redegøre for ovenstående.

6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Behandlingsstedets generelle praksis var udelukkende, at anføre de lægelige diagnoser (koder) i oversigten over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. Vi konstaterede at der i begge tilfælde var mangler i oversigten. Eksempelvis: Manglende verbalt sprog, sondeernæring, forstoppelse, grøn stær, tørre øjne og knæproblemer.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		Ved journalgennemgang manglede der i et tilfælde tilstrækkelig opfølgning ved sondebehandling, hvor sonden flere gange var faldet ud, uden at der var beskrevet handlinger eller en plan for hvilke forebyggende tiltag der kunne foretages herfor. Effekten af behandling af børneeksem kunne ikke fremfindes i tilstrækkelig grad. Det blev oplyst at effekten var beskrevet i dagbogsnotater men der var flere notater over tid der ikke kunne fremsøges.

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Ved interview kunne personalet fuldt ud redegøre for medicinhåndteringsprocessen og kendskab til egen lokale medicininstruks. Vi konstaterede at der ikke var overensstemmelse mellem den lokale og den overordnede instruks fra Gentofte Kommune. Eksempelvis mangler beskrivelse af stikkeskema. Vi konstaterede at den kommunale medicinhåndteringsinstruks var

					behæftet med fejl. Eksempelvis var definitionen af hvad en rammeordination er misvisende. Desuden var beskrivelsen af den sundhedsfagliges ansvar/rolle i forbindelse med patienters selvadministration og delvis-selvadministration af medicin ikke korrekt.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	X			
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		Ved medicingennemgang fandt vi hos begge patienter dispenseret pn-medicin doseret i poser, hvor der ikke var dato for dispensering i forhold til medicinens holdbarhed der er max fire uger udenfor originalemballagen.

Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	X			

Hygiejne

Nummer	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 patientsikkerhedsmæssi ge risici			X	

4. Relevante oplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Blomsterhusene er et botilbud efter Almenboliglovens §105 med hjælp og støtte efter SEL §85, organiseret under Social og Handicap i Gentofte kommune
- Behandlingsstedet ledes af forstander Lotte Jørgensen, samt af tre teamledere.
- Der er plads til 39 beboere i alderen 18+, og boligerne er opdelt i fem levegrupper fordelt i to huse.
- Målgruppen er borgere med svære multiple psykiske og fysiske funktionsnedsættelser. Der visiteres fra hele landet.
- Der er ansat en tværgående sygeplejerske, som kommer ad hoc og efter behov. Derudover er der ni social- og sundhedsassistenter samt tre timelønnede, to social-og sundhedshjælpere, en fysioterapeut, en ergoterapeut 28 pædagoger samt syv timelønnede, 38 ufaglærte, en plejehjemsassistent og en husassistent samt 74 timelønnede.
- Der er aktuelt seks vakante pædagogstillinger, som dækkes med interne timelønnede og eksterne vikarer.
- Der samarbejdes med Ordrup Lægehus som er fast tilknyttet, med sygehuse, psykiatrien, oligofreni team samt terapeuter.
- Komplekse sundhedsfaglige opgaver varetages af sygeplejersken samt egen læge.
- Der afholdes møde med læge og teammøder hver 14. dag, og der er løbende kontakt med sygeplejersken og ergoterapeuten og fysioterapeuten på daglig basis.
- Der anvendes journalsystem Sensum One der blev implementeret i december 2024.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et planlagt - udgående tilsyn på baggrund af en stikprøve den 13. maj 2025.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for bosteder anvendt. I kan tilgå målepunkterne på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn; Tilsyn med behandlingssteder*. Her skal I vælge den version af målepunkterne, som matcher datoen for tilsynet på jeres behandlingssted.
- 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/borgere

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling deltog:

- Tina Ravn Johannessen, teamleder
- Julie Laudrup, teamleder
- En pædagogisk koordinator
- En Sundhedsfaglig koordinator

- To Sundhedsfaglige konsulenter fra Social og Handicap i Gentofte Kommune

Tilsynet blev foretaget af:

- Ole Boye Fjord Terkelsen, afdelingslæge
- Vibe Siegfried, specialkonsulent

Lovgrundlag og generelle oplysninger

I kan finde information om lovgrundlaget for tilsynet på vores hjemmeside www.stps.dk under Lovgrundlag og generelle oplysninger. Her kan I også læse mere om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering.