

Tilsynsrapport

Døgninstitution Villaen

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Døgninstitution Villaen
Strandgårds Alle 1
5300 Kerteminde

CVR- nummer: 29189706 **P-nummer:** 1019696096 **SOR-ID:** 1353751000016000

Dato for tilsynsbesøget: 19-08-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-21194



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 **19-08-2025** vurderet, at der på **Døgninstitution Villaen** 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.

Behandlingsstedets organisering

Vi konstaterede, at Døgninstitutionen Villaen ikke i nødvendigt omfang havde beskrevet medarbejdernes ansvar og opgaver i relation til at løse de sundhedsfaglige opgaver samt dokumentere i den sundhedsfaglige journal. 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 varetage de sundhedsfaglige opgaver.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at Døgninstitutionen Villaen 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 ansvaret for en sundhedsfaglig opgave, og hvem der har de nødvendige kompetencer til at løse den.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Vi konstaterede, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, iværksat pleje, behandling og evaluering, samt aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på beboernes sygdomme og behandlinger. Vi vurderer, at mangelfulde vurderinger og beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger, plan for pleje, behandling og opfølgning medfører en risiko for, at der ikke bliver observeret og fulgt relevant op ved ændringer patientens tilstand.

Vi har lagt særligt vægt på, at der ikke var beskrevet et problem hos en beboer der var i risiko for at være selvskadende, at der ikke var lagt en plan for pleje og at der ikke var fulgt op med observationer efter en episode med selvskade.

Vi har også lagt vægt på, at der hos en beboer med øjenbetændelse ikke var beskrevet et problem, at pleje og behandling ikke var beskrevet og fulgt op med observationer af om behandlingen havde effekt.

Behandlingsstedet kunne ved interview ikke redegøre for, at problemerne med selvskade og øjenbetændelse var vurderet og at observationer og pleje var udført. Vi lægger derfor til grund, at dette ikke var udført og at der således er tale om mangler i den sygeplejefaglige vurdering, den aktuelle pleje, behandling og opfølgning og evaluering i disse tilfælde.

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

Desuden vurderer vi, at manglende opfølgning eller refleksion over at, en medicinsk behandling for angst ikke bliver givet i fem dage udgør en risiko for forværring i beboerens tilstand

Behandlingsstedet havde fået udarbejdet en instruks for sundhedsfaglig dokumentation, som frasat enkelte mangler, beskrev hvordan den sundhedsfaglige journal skulle føres. Journalen blev dog ikke ført i overensstemmelse med instruks, og vi konstaterede at instruks ikke var kendt af personalet. På den baggrund vurderer vi, at instruks ikke var implementeret

Medicinhåndtering

Vi konstaterede enkelte mangler i medicinhåndteringen. Det omhandlede manglende registrering af, at en ordination af antibiotikum øjendråber var administreret i overensstemmelse med lægens ordination.

Vi vurderer, at manglende dokumentation skaber usikkerhed om, hvorvidt patienten har fået den ordinerede medicin, og har i vurderingen lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når en ordination ikke er fulgt, idet kan medføre risiko for forværring af sygdom eller manglende effekt af behandlingen.

Hygiejne

Behandlingsstedet havde en instruks for hygiejne. Den fulgte dog ikke de infektionshygiejniske retningslinjer, idet medarbejderne måtte bruge neglelak, smykker og ure men det var ikke præciseret, at dette Jf. de infektionshygiejniske retningslinjer (NIR), ikke var gældende, når de løste sundhedsfaglige opgaver.

Vi vurderer, at det har betydning for forebyggelse af infektioner og smitsomme sygdomme, at der udføres håndhygiejne i overensstemmelse med de national infektionshygiejniske retningslinjer.

Samlet vurdering

Vi anerkender at Døgninstitutionen Villaen havde udarbejdet de manglende instrukser. I vurderingen har vi lagt vægt på, at behandlingsstedet endnu ikke havde implementere instrukserne. Vi har også lagt vægt på de gennemgående mangler af beskrivelsen af den sygeplejefaglig vurdering af beboernes problemstillinger. Desuden har vi lagt vægt på, at der fortsat var enkelte mangler i medicinhåndteringen, herunder særligt manglende administration af den behandling som lægen havde ordineret.

Vi vurderer samlet, at der fortsat er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden, og fastholder påbud af 28. maj 2025.

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 personalet har mulighed for at følge instruksen 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 personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation
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
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige	Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning

Num mer	Navn	Krav
	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 medicin håndtering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicin håndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	• Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlisten føres systematisk og entydigt • Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	• 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 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 • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne

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		Der manglede en fyldestgørende beskrivelse af hvem der havde hvilke opgaver og ansvar i forhold til de sundhedsfaglig opgaver. Ved interview kendte medarbejderne ikke til fulde deres ansvar og opgaver. Der kunne redegøres for, at det var de medicinansvarlige, der vurderede de sygeplejefaglige problemområder ved indflytning. Der manglede en beskrivelse af hvem der havde en opgave med at opdatere problemerne ved ændringer. I instruks for den sygeplejefaglige journalføring fremgik det eksempelvis, at ansvaret for at evaluere en plejeplan lå hos en medarbejder. Det fremgik ikke om der skulle være særlige kompetencer tilstede og ved interview var dette ikke klart.
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		X		Behandlingsstedet havde udarbejdet en instruks for sygeplejefaglig

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
	vedrørende sundhedsfaglig dokumentation				journalføring. Denne manglede dog en beskrivelse af, hvor det skulle dokumenteres, hvis der var aftaler med de behandlingsansvarlige læger omkring observationer eller opfølgning på beboernes problemstillinger. Instruksen for sundhedsfaglig dokumentation var ikke kendt og anvendt af personalet.
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 og overblik i de journaler der blev gennemgået. I en journal var der dokumentation af, at der var observeret en problemstilling, og at der derfor skulle bestilles en tid hos lægen. Ifølge behandlingsstedets praksis skulle dette skrives i den fælles kalender. Det var dog ikke muligt at få et overblik over, om der var bestilt tid ved lægen eller om beboeren havde været ved læge.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		Det var gennemgående, at beskrivelserne af beboernes problemstillinger ikke var fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke i tilstrækkelig grad, at der var foretaget en sundhedsfaglig vurdering af, hvilke opgaver og ansvar personalet havde i forhold til den konkrete problemstilling. I en journal fremgik det, at en beboer der tidligere havde haft selvskadende adfærd, havde fået et sår som kunne være et symptom på en selvpåført skade. Problemstillingen var ikke beskrevet, og det fremgik ikke, om der var overvejelser vedrørende observationer, pleje og behandling.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					Ligeledes var der ingen beskrivelse af det sår beboeren havde fået. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for dette. Hos en beboer i medicinsk behandling for angst manglede der en beskrivelse af, hvordan angsten kom udtryk, en faglig vurdering af problemet og en plan for observationer, pleje, behandling og opfølgning. Behandlingsstedet kunne redegøre for symptomer og i hvilke situationer symptomerne kom. Af medicinlisten fremgik det, at der nyligt var ændret i den medicinske behandling, men behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, om der var ændret i præparat eller i dosis, og havde ikke kendskab til, om de skulle foretage nogle observationer i den forbindelse. Samme beboer fik hyppigt et præparat mod angst p.n. men det var ikke beskrevet, hvornår der måtte gøres brug af p.n. Behandlingsstedet kunne delvis redegøre for dette. Hos en anden beboer fremgik det ikke, at der var et aktuelt problem med hovedpine og derfor et behov for Paracetamol dagligt. Der kunne redegøres for årsagen til hovedpinen og den planlagte pleje og behandling. Hos en beboer der havde været i behandling med antibiotiske øjendråber, var problemstillingen omkring dette ikke beskrevet. Behandlingsstedet oplyste, at der ikke længere var problemer med øjet.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Det fremgik af en medicinliste, at der var ordineret behandling med et præparat mod angst i juni i år. Der manglede dokumentation af, om der var lagt en behandlingsplan og om der var fastlagt kontroller med den behandlingsansvarlige læge.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		I en journal fremgik det, at der var konstateret infektion i et øje og at lægen havde lagt en behandlingsplan om, at behandlingen skulle gives seks gange om dagen, så længe der var symptomer, og derefter i to dage når symptomerne var ophørt. Ordinationen var ikke fulgt, idet der var dage og tidspunkter hvor det ikke var givet, ligesom der manglede dokumentation af, at der var fulgt op og evalueret på om behandlingen havde haft effekt. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for hvorfor ordinationen ikke var fulgt og hvorfor behandlingen var ophørt, men oplyste at der ikke længere var en problemstilling med øjet. Hos en beboer med tilbagevendende hovedpine var der dokumentation af, at der flere gange dagligt i en periode var givet Paracetamol for hovedpine. Der manglede beskrivelse af, om der var iværksat forskellige tiltag for at afhjælpe smerterne og evalueringen heraf. Ligeledes manglede der en opfølgning i forhold til, at der var taget stilling til det øgede forbrug af Paracetamol. Der var flere eksempler på, at der ikke var vurderet på effekten af p.n. medicin der var givet. Det drejede sig om Paracetamol og Oxabenz.

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Behandlingsstedet havde en instruks for medicinhåndtering. Denne var dog ikke implementeret. Bl.a. fremgik det af instruksen at afvigelser i medicinhåndteringen skulle registreres, men dette blev ikke systematisk gjort. Ved interview af personale fremgik det, at det var uklart at der skulle dokumenteres og hvor.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		I to stikprøver var der flere præparater, hvor medicinlisten ikke var opdateret med det aktuelle handelsnavn, der var i beholdningen.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		Der var flere tilfælde, hvor det ikke var dokumenteret, hvem der havde administreret ikke-dispenserbar medicin.

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		I forbindelse med opstart af en behandling med antibiotiske øjendråber ordineret via telefonisk kontakt med vagtlægen, var det ikke dokumenteret at beboerens informerede samtykke var indhentet forud for opstart af behandling. Behandlingsstedet kunne ikke fyldestgørende redegøre for at samtykket var indhentet.

Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme		X		Behandlingsstedet havde en instruks for hygiejne. Af instruksen fremgik det at personalet i Villaen måtte anvende ringe, ure og neglelak, men det var ikke præciseret, at dette Jf. de infektionshygiejniske retningslinjer (NIR) ikke var gældende i løsningen af sundhedsfaglige opgaver.

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

- Døgningstitutionen Villaen er et kommunalt botilbud i Kerteminde kommune.
- Der tilbydes ophold til børn og unge der er omsorgssvigtede, kan have en misbrugsproblematik og kan være udadreagerende.
- Der er plads til 18 børn og unge aktuelt i alderen 12 – 23 år.
- Villaen er inddelt i en børneafdeling og en unge afdeling, som hver har en afdelingsleder.
- Leder: Karina Lunde
- De ansatte er pædagoger, en samværskonsulent og en pædagogiske hjælper som begge er uddannet sygeplejersker samt faste vikarer.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 18. marts 2025 et påbud til Døgningstitutionen Villaen om at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks herom.
2. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks herom.
3. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling, patienternes behov for behandling og hygiejne.

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, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to unge

Ved tilsynet deltog:

- Leder: Karina Lunde
- Afdelingsleder: Charlotte Jespersen
- Tre medarbejdere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Leder: Karina Lunde
- Afdelingsleder: Charlotte Jespersen

Tilsynet blev foretaget af:

- Hanne Marian Søgaard, tilsynskonsulent
- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent

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*.