

Tilsynsrapport

Krogstenshave Plejecenter

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Krogstenshave Plejecenter
Krogstens Alle 49
2650 Hvidovre

CVR- nummer: 55606617 **P-nummer:** 1003268027 **SOR-ID:** 647621000016001

Dato for tilsynsbesøget: 19-08-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-21295



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan med beskrivelse af iværksatte tiltag fra Krogstenshave Plejecenter.

Vi anerkender, at Krogstenshave Plejecenter har iværksat tiltag med henblik på at rette op på nedenstående 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 17. oktober 2025 givet Krogstenshave Plejecenter et påbud om at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruksen herfor.
2. tilstrækkelig sygeplejefaglig behandling og opfølgning herpå.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruksen herfor.

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 **19-08-2025** vurderet, at der på **Krogstenshave Plejecenter** 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.

Organisering

Krogstenshave Plejecenter havde de relevante sundhedsfaglige instrukser. På baggrund af mangler i den sundhedsfaglige journalføring vurderer vi dog, at instruksen herfor ikke var tilstrækkeligt implementeret. Der var mangelfuld journalføring og journalen var ikke ført overskueligt og entydigt.

Mangelfuld journalføring samt manglende systematik, entydighed og overskuelighed i journalføringen rummer en risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, samt ved håndtering af en eventuel akut opstået situation.

På baggrund af de konstaterede mangler i medicinhåndteringen vurderer vi, at instruksen for medicinhåndtering heller ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Vi vurderer, at den manglende implementering af instruksen for medicinhåndtering indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker medicinsk behandling. Den skal også forebygge tvivl

hos medarbejdere i situationer, hvor det kan medføre risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført eller bliver udført forkert.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Vi konstaterede, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger samt iværksat pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Vi vurderer, at mangelfulde beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger medfører et manglende overblik over medarbejdernes opgaver og ansvar. Det øger risikoen for, at der ikke bliver fulgt relevant op på aktuel pleje og behandling eller ændringer i patientens tilstand. Der er tillige risiko for at overse pleje- og behandlingsopgaver hos patienten, når der mangler oplysninger om patienters aktuelle og potentielle problemer.

Vi har desuden lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på eksempelvis behandling for depression, da opfølgningen danner grundlag for vurderingen af, om behandlingen har haft den ønskede effekt, eller om der skal iværksættes yderligere tiltag. Vi vurderer også, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når handleplan ved blodsuktermåling og insulingivning ikke følges og når der ikke følges op på en vægtøgning, som det er beskrevet i en handleplan.

Medarbejderne kendte patienterne godt og kunne redegøre mundtligt for nogle af patienternes problemstillinger, men ikke i alle tilfælde i forbindelse med opfølgning og evaluering. Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når kendskabet til patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og relevante observationer alene beror på enkeltpersoners viden og ikke fremgår af dokumentationen.

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 konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen. Vi konstaterede bl.a. mange mangler i dokumentation af ikke-dispenserbar medicin. Manglende dokumentation skaber usikkerhed om, hvorvidt patienten har fået den ordinerede medicin, og indebærer en risiko for, at medicinen administreres flere gange end ordineret.

Samlet vurdering

Ved vurderingen har vi lagt vægt på, at der var uopfyldte målepunkter inden for flere områder, og at det vil kræve målrettet og systematisk arbejde at rette op på manglerne i journalføringen og medicinhåndteringen.

Samlet set vurderer vi, at der er tale om større 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.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	• Behandlingsstedet skal sikre, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte arbejdsgange. • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen er systematisk, overskuelig, entydig og tidstro. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser.
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at identificere og vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	• Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang. • Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	• Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering,	• Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er dokumentation for, at aftaler med den

	herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	behandlingsansvarlige læge vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol følges
6.	Interview om medicin håndtering	Behandlingsstedet skal sikre at personalet kender og følger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgang for medicindispensering og -administration
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/ Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste. - Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring		X		Journalen blev ikke ført overskueligt, idet der var notater, som ikke var relateret til den konkrete sundhedsfaglige problemstilling. Eksempelvis var en patient i behandling med cobanbind, som af og til var generende. Det fremgik på forsiden af journalen hvilke handlinger, der kunne være relevante at foretage i den forbindelse, men disse oplysninger fremgik ikke af den konkrete handleplan for kompressionsbehandling. Desuden var der ikke en systematik i, hvordan der blev kvitteret for ændring af dosis af insulin i relation til en blodsuktermåling. Derudover blev rullemenuer i forbindelse med kvittering for ikke-dispenserbar medicin i medicinmodulet, ikke anvendt entydigt. Det blev oplyst ved interview, at behandlingsstedet havde instruks for sundhedsfaglig dokumentation og journalføring samt instruks for medicinhåndtering. På baggrund af tilsynets fund, er det vores vurdering af instrukserne ikke var tilstrækkeligt implementeret.

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		Der kunne ved interview redegøres for, hvorledes den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici foregik samt hvorledes der blev lagt en plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering. Ved journalgennemgangen fandt vi dog, at denne arbejdsgang ikke var fulgt.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		Ved journalgennemgang var der i begge journaler flere af patientens aktuelle problemer og risici, der ikke var journalført i nødvendigt omfang eller opdateret ved ændringer i patientens tilstand. I begge journaler manglede beskrivelse af patientens funktionsniveau. Begge patienter havde nedsat funktionsniveau og anvendte rollatorer. Hos den ene patient var funktionsniveauet ændret gennem den sidste tid, hvilket heller ikke fremgik. Hos patient med astma og svingende blodtryk manglede tilstrækkelig beskrivelse af respiration og cirkulation. Hos en patient med KOL var respirationen ikke vurderet. Hos to patienter i blodfortyndende behandling manglede vurderinger af hud og slimhinder hos begge. Ligeledes var begge patienter i behandling for smerter, men der manglede tilstrækkelig beskrivelse af, hvordan smerterne kom til udtryk hos den enkelte patient.

					En patient var dement og en anden havde tendens til at blive vred. Her manglede beskrivelse af begge problemstillinger. Hos to patienter i behandling med laxantia manglede beskrivelse af patientens vanlige afføringsmønster samt stillingtagen til hvornår der var behov for pn laxantia. Der kunne ved tilsynet redegøres for ovenstående mangler.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser		X		I en ud af to stikprøver var der ikke et tilstrækkeligt overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser. Det fremgik eksempelvis ikke, at patienten havde diabetes, depression og obstipation.
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger		X		Ved journalgennemgang manglede der flere steder beskrivelse på opfølgning og evaluering af aktuel pleje og behandling. Eksempelvis manglede opfølgning på vægtøgning pga. væske på ca. 4 kg, hvor det af handleplanen fremgik, at der skulle handles på vægtøgning over 0,5 kg. Vægten var foretaget og registreret, men det fremgik ikke, om der fagligt var taget handling på en vægt, der overskred referenceværdien. Der kunne ved tilsynet ikke redegøres for, om der var sket handlinger eller ej. Hos en patient med depression, manglede opfølgning og evaluering af en ny behandling, som var iværksat for en 14 dages periode. Hos en patient med diabetes var der iværksat blodsuktermåling to gange dagligt. Dette var ikke gennemført systematisk og det var heller ikke muligt at se en ensartet og struktureret opfølgning og

					evaluering på de blodsukre, som var målt. Der var en plan for, hvor meget insulin der skulle gives alt afhængig af blodsukkermålingen, men denne plan blev ikke fulgt som ordineret. Eksempelvis var der noteret, at der ikke var givet insulin ved et blodsukker, hvor der burde have været givet insulin.
--	--	--	--	--	--

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering		X		Der kunne ved interview redegøres for faste arbejdsgange for medicinadministration og medicindispensering, herunder kvittering for ikke-dispenserbar medicin. Ved gennemgang af medicinhåndteringen fandt vi dog, at denne arbejdsgang ikke blev fulgt.
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister		X		Ved en medicingennemgang var der ikke overensstemmelse mellem FMK og den lokale medicinliste, idet det ikke fremgik, at patienten var sat i behandling med et inhalatorspræparat med lungesygdom. I et eksempel hos en patient i behandling med injektion insulin, var der ikke systematisk kvitteret for, hvem der havde dispenseret og administreret den ikke-dispenserbare medicin.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin		X		I en stikprøve manglede navn på to præparater med håndkøbsmedicin.

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb	X			

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssi ge risici			X	

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Krogstenshave Plejecenter er et kommunalt plejecenter organiseret under Center for Sundhed og Ældre i Hvidovre Kommune.
- Krogstenshave Plejecenter har i alt 163 boliger hvoraf 10 af disse er beskyttede boliger. Boligerne er fordelt på 6 plejeafdelinger med hver sin gruppeleder og afdelingsleder.
- Der er ansat 5 ledende sygeplejersker, 3 ledende social- og sundhedsassistenter, 2 pædagoger, 8 sygeplejersker, 31 social- og sundhedsassistenter, 63 social- og sundhedshjælpere, 1 sygehjælper, 3 farmakonomer samt 22 ufaglærte. Der er aktuelt 10 vakante stilling samt en vakant afdelingsleder stilling.
- På Krogstenshave Plejecenter er de etableret et kvalitetsteam bestående af to kvalitetssygeplejersker, en professionsbachelor i ernæring og sundhed og tre farmakonomer.
- Der samarbejdes med kommunes akutteam.
- Der er tilknyttet tre huslæger som kommer en gang om ugen.
- Krogstenshave Plejecenter samarbejder med fast plejehjemslæge, akuttema og 1813, praktiserende læger, tandlæger, terapeuter, geriatrik team mv.
- Der afholdes daglige triagemøder på hver afdeling hvor alle faggrupper deltager. Der afholdes ernæringsmøder hver 6. uge samt møder med kommunens pårørendekoordinator. Der udover er der faglig sparring for afdelingsledere og andet sundhedsfagligt personale samt CURA møder en gang om måneden. Der afholdes netværksmøder på tværs af kommunen ca. hver 3 måned ex hygiejnenetværk. Desuden afholdes kvalitets- og udviklingsmøder hver 14. dag
- Krogstenshave Plejecenter anvender journalsystemet CURA.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn*; *Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet. Hvis tilsynet var en opfølgning på et tidligere tilsyn, anvendes datoen for det første tilsynsbesøg.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter/borgere

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling deltog:

- Plejehjemsleder Marie-Louise Sharp-Johansen

- To kvalitetssygeplejersker
- Fire afdelingsledere heraf tre sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent
- Tre gruppeledere heraf en sygeplejerske og to social-og sundhedsassistenter
- To farmakonomer
- En bachelor i ernæring og sundhed
- En konsulent fra Center for Sundhed og Ældre

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Lone Teglbjærg, oversygeplejerske
- Anissa Carstensen Charrik, jurist

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.