



Tilsynsrapport

CFD Døvblindehuset

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

CFD Døvblindehuset Sociale tilbud
Wesselsmindevej 11
2850 Nærum

CVR- nummer: 55280312 **P-nummer:** 1003107105 **SOR-ID:** 702541000016005

Dato for tilsynsbesøget: 02-12-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-22875



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger i form af et høringsvar med en beskrivelse af iværksatte tiltag fra CFD Døvblindehuset Sociale tilbud.

Vi anerkender, at CFD Døvblindehuset Sociale tilbud, har iværksat og planlagt tiltag med henblik på implementering af instrukser, herunder journalføring. 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 20. februar 2026 givet CFD Døvblindehuset Sociale tilbud et påbud om straks at sikre:

- systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
- tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herom.
- udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for patienternes behov for behandling og hygiejne.

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 **02-12-2025** vurderet, at der på **CFD Døvblindehuset Sociale tilbud** 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

CFD Døvblindehuset Sociale tilbud havde sundhedsfaglige instrukser men med enkelte mangler, og ved tilsynet kunne det konstateres, at ikke alle var implementeret. Vi konstaterede blandt andet, at behandlingsstedet ikke havde en tilstrækkelig instruks for den sundhedsfaglige dokumentation, instruks for patienternes behov for behandling og instruks for hygiejne. Vi vurderer, at fravær af eller mangelfulde sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, da behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Vi konstaterede, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, iværksat pleje og behandling og opfølgning på patienternes sygdomme. 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.

Vi har lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke beskrives og følges op på funktionsnedsættelser, da beskrivelsen og opfølgningen danner grundlag for vurderingen af, om der skal iværksættes yderligere tiltag. Vi vurderer også, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke er klare aftaler om, hvordan der skal følges op på eksempelvis diætist aftaler om kost og ernæring hos patienter med tendens til over eller undervægt. Det kan betyde, at der ikke bliver fulgt relevant og rettidigt op på ændringer i patientens tilstand med risiko for unødigt forværring af patientens tilstand.

Ledelse og medarbejder kendte patienterne og kunne redegøre mundtligt for nogle af patienternes problemstillinger. Vi vurderer dog, 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.

Ledelsen oplyste på tilsynet at der var iværksat tiltag for at forbedre det sundhedsfaglige arbejde og dokumentation, dette sker dels ved ændringer i ledelsen, hvor der indsættes faglige koordinatore, og ved undervisningsindsatser der er planlagt.

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.

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:

Nummer	Navn	Krav
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledningBehandlingsstedet 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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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	<ul style="list-style-type: none">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 <ul style="list-style-type: none">• 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
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne

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		Af instruksen fremgik ikke, hvorledes personalet skulle reagere ved fund af livløs. Der var ikke en fyldestgørende beskrivelse af, hvorledes der skulle opstartes førstehjælp.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Instruksen for den sundhedsfaglige dokumentation var ikke fyldestgørende, da det ikke fremgik, hvem der skulle udarbejde og opdatere de aktuelle og potentielle sygeplejefaglige problemområder. Desuden fremgik det ikke af instruksen, hvornår sygeplejefaglige problemområder skulle beskrives. I henhold til fund i målepunkt fem, seks og syv anses instruksen ikke for fuldt implementeret.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Der føres skemaer i papirform, som ikke føres ind i journalen. Fx var et krampeskema ikke indført. Eksterne vikarer var ikke givet adgang til at læse og skrive i journalen.

					Ved fund i målepunkt fem, seks og syv, ses manglende systematik i dokumentationen.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		<p>Der var flere problemstillinger, som var anført som ikke-aktive, men som var med aktive problemstillinger. Eksempelvis bevægeapparat, kommunikation, psykosociale forhold, søvn og viden/udvikling, hvor der var problemstillinger hos patient.</p> <p>Behandlingsstedet oplyste, at de ikke havde beskrevet dem som aktive, da det var normaltilstanden for patienten.</p> <p>Ved patient, hvor der under funktionsniveau var beskrevet, at patienten "har brug for hjælp til alt", manglede uddybning af, hvad der var brug for hjælp til og der var ikke henvist til andet sted i journalen, hvor dette kunne ses. Der var fx ikke beskrevet, at patienten var kørestolsbruger og havde loftlift.</p> <p>Ved patient med nedsat hørelse, som havde hjælperedskab til dette, var dette ikke beskrevet.</p> <p>Ved beskrivelse af patient med respirationsproblem, hvor der var tilknyttet eksternt firma til at overvåge respiration om natten, var dette ikke beskrevet og der var ikke beskrevet basis niveau.</p> <p>Ved patient, som fik afføringsmiddel, var afføringsmønsteret ikke beskrevet og det fremgik ikke, at patient var blebruger.</p> <p>Hos en anden patient med problemer med stakåndethed fremgik der ikke en årsag hertil, og der manglede en uddybning af, hvorledes det kom til udtryk. Hos en patient med overvægt, var problemstillingen ikke beskrevet.</p>

					<p>Behandlingsstedet kunne delvist redegøre for ovennævnte fund.</p> <p>Hos en patient, som var undervægtig og havde sonde til ernæring, var der en beskrivelse af, at patienten havde været til diætist i 2024, men der fremgik ikke, om dette skulle gentages og hvornår. Der blev ved tilsynet ikke fremfundet plan for ernæringsmængde. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre herfor.</p>
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		<p>I begge patienters oversigt var der mangler, fx manglede: tørre øjne, tørre slimhinder, vægtproblematik, tendens til forstoppelse, øget slimproduktion, søvnproblem, kramper, eksem, gigt og smerter.</p>
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		<p>Hos patient med undervægt og sonde manglede en aktuel og relevant beskrivelse af, hvorledes aftaler vedrørende ernæring og vægt var. Der kunne ved tilsynet ikke fremvises dokumentation fra sidste diætistkonsultation, og det blev ikke afklaret, om der forelå en ny aftale.</p> <p>Et konkret problem vedrørende medicin håndtering var opfølgningen ikke beskrevet i journalen, men ledelsen kunne redegøre for hvorledes det var håndteret.</p> <p>Behandlingsstedet kunne ved tilsynet ikke fremfinde historik for givet PN-medicin i begge stikprøver.</p>

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			
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			

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 vedrørende håndhygiejne, men havde ikke en instruks der i øvrigt beskrev relevante og forsvarlige arbejdsgange, herunder vask af privat tøj som var det benyttede arbejdstøj.

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

CFD Døvblindehuset Sociale tilbud er et bosted og et dagtilbud. Behandlingsstedet er et privat bosted, som ejes af en fond med udelukkende almennyttigt formål og drives som en socialøkonomisk virksomhed. Den daglige ledelse af bostedet varetages af virksomhedsleder Maja Alvang Jespersen og en daglig leder. I nærheden ligger Egebækhus, som ligeledes drives af CFD.

Bostedet har to teams med henholdsvis syv og seks beboere, i alt 13 beboere, hvoraf en er en aflastningsbolig. Aldersgruppen er for nuværende fra 20 til 65 år.

Beboerne er voksne med døvblindhed samt tillægsdiagnoser. Det kan dreje sig om fysiske lidelser, autisme, multihandicap, neurologiske lidelser og psykiske lidelser. Cirka halvdelen af beboerne er kørestolsbrugere. Der visiteres fra hele landet.

Personalet består af 34 fastansatte og otte interne vikarer. Personalesammensætningen består af pædagoger, omsorgshjælpere, social- og sundhedshjælpere, pædagogiske assistenter, lærer og psykomotorisk terapeut. Desuden er der sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut og social- og sundhedsassistent tilknyttet andre dele af organisationen, som har sin gang på bostedet. Sygeplejerske og social- assistenter er ansvarlige for medicindosering. Herudover benyttes eksterne vikarer.

Der er tilknyttet fast lægehus, hvor praktiserende læge kommer ca. hver 14 dag. Der samarbejdes i øvrigt med hjemmeplejen.

Begrundelse for tilsyn

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

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. 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 blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter/borgere.

Ved tilsynet og afsluttende opsamling deltog:

- Maja Jespersen, virksomhedsleder
- Mette Aaen, daglig leder

- Christa Østergaard Kaastrup, daglig leder
- Ulrik Vibæk, daglig leder
- En social- og sundhedsassistent
- To tegnsprogstolke

Tilsynet blev foretaget af:

- Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske
- Svend Erik Brande, 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*.