

Tilsynsrapport

OUH Ortopædkirurgisk Afs. 01 (Svendborg)

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Øvrige reaktive

OUH Ortopædkirurgisk Afs. 01 (Svendborg)
Baagøes Alle 15 4
5700 Svendborg

CVR- nummer: 29190909 **SOR-ID:** 487261000016004

Dato for tilsynsbesøget: 19-03-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-23348

STYRELSEN FOR



PATIENTSIKKERHED

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten vedrørende antallet af sengepladser og har rettet dette. Oplysningerne ændrer ikke vores samlede vurdering og vi afslutter tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **19-03-2026** vurderet, at der på **OUH Ortopædkirurgisk Afs. O1 (Svendborg)** er:

Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden

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

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Vi konstaterede ved journalgennemgangen, at der var eksempler på aktuelle problemområder og risici, der ikke i nødvendigt omfang var fyldestgørende beskrevet, ligesom opfølgning og evaluering på iværksat pleje og behandling ikke i tilstrækkelig grad fremgik. Vi konstaterede også, at medarbejderne ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for, at vurderingerne, plejen og opfølgningen var foretaget i relation til de konkrete problemstillinger.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke foretages screening af ernæring og delir efter en hofteoperation i overensstemmelse med patientforløbsprogrammet for hofteopererede patienter, fordi instruksen har til formål at sikre en sikker og ensartet behandling. Når pleje, behandling og opfølgning ikke beskrives, er der øget risiko for, at patienter ikke modtager den nødvendige og korrekte behandling.

Vi vurderer desuden, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når det ikke fremgår af den sygeplejefaglige udredning, at en patient som er i risiko for at falde er i behandling med blodfortyndende medicin, da beskrivelsen udgør plan for observationer, pleje og opfølgning.

Konklusion

Ved vurderingen har vi lagt vægt på, at de fleste målepunkter var opfyldt og at manglerne i de sygeplejefaglige vurderinger og journalføringen ikke var gennemgående i de tre journaler.

Afdelingen fremstod overordnet sundhedsfagligt velorganiseret med gode arbejdsgange og en høj grad af systematik.

Vi vurderer samlet, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden og vurderer, at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de konstaterede mangler, ud fra den rådgivning der blev givet under tilsynsbesøget og lægger vægt på, at der allerede er en forbedringsproces i gang i afdelingen med fokus på de identificerede problemområder.

Vi forudsætter, at behandlingsstedet følger vores henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Num mer	Navn	Henstillinger
5.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at patientens aktuelle problemer og risici er identificeret. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at der er lagt en plan for patientens aktuelle pleje og behandling. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres.
7.	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.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold	X			
2.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver	X			
3.	Interview af ledelsen om instruktion og tilsyn ved benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)	X			
4.	Gennemgang af instrukser for rammedelegation (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)	X			

Faglige fokuspunkter

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling		X		På baggrund af de fund der er beskrevet i målepunkt 7, og som der ikke kunne redegøres for under tilsynsbesøget, vurderer vi, at der ikke er tale om journalføringsmangler, men utilstrækkelige vurderinger af de

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og opfølgning.
6.	Interview vedrørende mobilisering, træning og rehabilitering	X			

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		I en ud af tre journaler var der manglende fyldestgørende og opdateret beskrivelse af patientens aktuelle problemer, risici, samt plan for plejen og opfølgning herpå. Patienten blev vurderet i ernæringsrisiko, men screeningen blev først foretaget fem dage efter hofteoperationen og ikke indenfor 48 timer fra indlæggelsen jf. instruksen for patientforløbsprogrammet. Der var lagt en ernæringsplan, men det fremgik ikke af journalen, at der var fulgt op og evalueret på planen. Personalet havde ikke kendskab til, hvorfor vurderingen ikke var foretaget jf. instruksen. Personalet redegjorde for, at der ved en screening og score på fire, ikke skulle kostregistreres. Der manglede systematiske beskrivelser af vurderinger af, om patienten var i en delirøs tilstand, idet patienten ikke var CAM Scoret minimum x to dagligt jf. instruksen for patientforløbsprogrammet.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					Personalet havde ikke kendskab til, hvorfor vurderingerne ikke var foretaget jf. instruksen. Der manglede systematiske vurderinger af patientens smerter ved brug af NRS (Numerisk Rangsкала) samt opfølgning på smertebehandlingen. Personalet redegjorde for, at manglende dokumentation af smertevurderingen hang sammen med, at der var flere faggrupper der brugte skalaen og at særligt ældre patienter havde vanskeligt ved at bruge den. Brugen af NRS var et fokusområde i afdelingen. Der manglede en vurdering af de risici, observationer samt plan for pleje og opfølgning hos en patient, der under indlæggelsen var faldet, og som var i behandling med blodfortyndende medicin. Der var dokumentation af, at patienten efterfølgende var tilset af en læge. Personalet redegjorde for, at lægen efter at have tilset patienten ikke havde ordineret nogen opfølgning.
8.	Journalgennemgang vedrørende mobilisering, træning og rehabilitering	X			
9.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af opfølgning på resultat af parakliniske undersøgelser	X			

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Interview og journalgennemgang af informeret samtykke til behandling	X			
11.	Journalgennemgang af informeret samtykke til behandling	X			

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Journalgennemgang af patienternes medicinering	X			
13.	Journalgennemgang af behandling med afhængighedsskabende lægemidler	X			

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.	Interview om overlevering af oplysninger ved indlæggelse fra og udskrivelse til plejehjem og hjemmepleje	X			

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
15.	Journalgennemgang af overlevering af oplysninger ved indlæggelse fra og udskrivelse til plejehjem og hjemmepleje	X			
16.	Journalgennemgang af vurdering af epikriser				

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ortopædkirurgisk afdeling O OUH Svendborg består af sengeafsnit O1, sammedagskirurgi og ambulatorie virksomhed
- Afdelingen er normeret til 20 senge
- Afdelingen har siden april 2024 haft funktion som center for hoftenære frakturer og modtager årligt ca. 700 patienter med hoftenær fraktur
- Der er to oversygeplejersker tilknyttet afsnittet: Maja Lærke Rasmussen og Katrine Rask Detlif
- Der er i alt 65 ansatte: sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, terapeuter og faste afløsere
- Terapeuter hører ledelsesmæssigt under afdeling O og er tilstede i hverdage og weekender i dag tiden
- Der er organisatorisk en uddannelsesansvarlig overlæge tilknyttet
- Lægerne deles mellem Ortopædkirurgisk afdeling OUH Odense og Svendborg og der er dagligt mellem otte til ti speciallæger tilstede på Svendborg afdelingen
- Forvagt og bagvagtslægerne har vagt til kl. 20, hvorefter mellem- og bagvagtslæger i afd. O i Odense telefonisk kan kontaktes. Alternativt er der en aftale med medicinske læger i Svendborg om, at de kan kontaktes ved behov
- Der er et tæt samarbejde med geriaterne
- Der er organisatorisk en sygeplejerske med fagligt ansvar for patientforløbet hoftenære frakturer herunder oplæring og introduktion af nyt personale
- Der er udarbejdet et patientforløbsprogram for patienter, som indlægges på Odense Universitetshospital afdeling O Svendborg Sygehus med hoftenære lårbensbrud. Den beskriver organiseringen og instrukser og indeholder links til yderligere lokale instrukser.

Begrundelse for tilsyn

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

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Øvrige reaktive 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 tre journaler, som var udvalgt og tilsendt på forhånd.

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Cheflæge Bertel Understrup
- Chefsygeplejerske Malene Mink Kristensen
- Overlæge Bjarke Løvbjerg Viberg
- Oversygeplejerske Maja Lærke Rasmussen
- Oversygeplejerske Katrine Rask Detlif
- Klinisk sygeplejespecialist
- En ergoterapeut
- En fysioterapeut
- En social og sundhedsassistent
- To risikomanagere

Tilsynet blev foretaget af:

- Hanne Marian Søgaard, tilsynskonsulent
- Louise Vestergaard, overlæge

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.