



Tilsynsrapport

Hospice Søndergård

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Hospice Søndergård
Tueholmen 6
2760 Måløv

CVR- nummer: 14268235 P-nummer: 1015823182 SOR-ID: 1182571000016008

Dato for tilsynsbesøget: 24-03-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-23799



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en projektplan med beskrivelse af iværksatte tiltag fra Hospice Søndergård.

Vi anerkender, at Hospice Søndergård har iværksat og planlagt tiltag med henblik på at rette op på den sundhedsfaglige journalføring, medicinhåndtering samt udarbejde og implementere instrukser. 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 29. maj 2026 givet Hospice Søndergård et påbud om straks, at sikre:

1. Forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herom.
2. Tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruksen herom.
3. Udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for:
 - Ansvars- og kompetenceforhold.
 - Fravalg af livsforlængende behandling.
 - Forebyggelse af smitsomme sygdomme og hygiejne.
 - Personalets håndtering af pludselig opstået sygdom og ulykke

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 **24-03-2026** vurderet, at der på **Hospice Søndergård** 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.

Behandlingsstedet organisering

Der var mangler vedrørende de nødvendige sundhedsfaglige instrukser på Hospice Søndergård. En række instrukser var enten mangelfulde eller under opdatering. På de områder, hvor der ingen instrukser var, blev de regionale instrukser anvendt uden lokal tilpasning.

Fravær og mangler i sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer. Dette kan være særligt problematisk i forbindelse med en akut opstået situation i forbindelse med nyansættelser, brug af vikarer og skiftende personale.

Fraværet af instrukser rummer desuden en risiko for patientsikkerheden, fordi instrukserne har til formål at understøtte en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivl hos medarbejderne i situationer, hvor det kan medføre risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført eller bliver udført forkert.

Journalføring og sygeplejefaglig vurdering

Hospice Søndergård havde skriftlige arbejdsgange for journalføring, og en egentlig instruks for journalføringen var netop godkendt men endnu ikke implementeret.

Manglende eller utilstrækkelig implementering af instruks for journalføring rummer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at understøtte en ensartet og sikker patientbehandling samt at forebygge tvivl hos medarbejderne i situationer, hvor det kan medføre risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført eller bliver udført forkert.

Det valgte journalsystem var udviklet til brug i almen praksis og understøttede ikke den sygeplejefaglige journalføring herunder muligheden for at journalføre en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser samt en vurdering af patientens aktuelle problemer og risici, på en overskuelig måde.

Det er vores vurdering, at en usystematisk og uoverskuelig ført journal rummer en risiko for patientsikkerheden, da det bliver vanskeligt at skabe sig et overblik over patienternes samlede tilstand og en vurdering af effekten af den samlede palliative behandling.

Vi konstaterede, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, iværksat pleje og behandling, aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol 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 særligt vægt på, at manglende vurdering af delirøs tilstand hos en patient konkret betød, at der ikke blev fulgt op på patientens tilstand i flere dage. Vi vurderer, at det udgør en risiko for forværring i patientens tilstand, når der ikke reageres på akutte forandringer.

Vi har desuden lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på smertebehandling, 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 der ikke er klare aftaler med den behandlingsansvarlige læge om håndtering og opfølgning på krampetilstande hos en patient med tendens dertil med risiko for unødigt forværring af patientens tilstand.

Medarbejderne kendte patienterne og kunne redegøre mundtligt for 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.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen og medicininstruksen. Det blev ved tilsynet oplyst, at medicininstruksen var under revision.

Vi konstaterede bl.a. mangler i forhold til medicinlisternes overskuelighed, skift af handelsnavne, korrekte indikationer samt flere tilfælde af manglende oplysninger om maksimal døgndosis på ordinationer af medicin til brug efter behov. Desuden har vi lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når en pn-ordination fremgår dobbelt på patientens medicinliste, da patienten kan få for meget medicin og risikere unødige bivirkninger. Det udgør ligeledes en risiko for patientsikkerheden, når der er ordineret lægemidler på en ikke korrekt indikation, hvilket kan skabe en usikkerhed om på hvilket grundlag medicinen skal administreres eller hvilke symptomer, man skal være opmærksom på i forhold til en vurdering af medicinens virkning og bivirkning.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, vurderer vi, at instruksen for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Vi vurderer, at den manglende implementering indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Instruksen skal også forebygge tvivl hos medarbejdere i situationer, hvor det kan indebære en risiko for patienten, hvis behandlingen ikke bliver udført, eller bliver udført forkert.

Det blev ved tilsynet oplyst, at man arbejdede på, at overgå til et andet journalsystem i 2027, da Hospice Søndergård ikke fandt det nuværende hensigtsmæssigt til hverken sundhedsfaglig dokumentation og medicinhåndtering.

Samlet vurdering

Ved vurderingen har vi lagt vægt på omfanget og karakteren af de konstaterede mangler, og at det vil kræve et 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:

Nummer	Navn	Krav
1.	Organisering og ledelsens ansvar	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er de nødvendige skriftlige instrukser for ansvar og kompetencer for de forskellige medarbejdergrupper, også for vikarer og studerende. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er fastlagte arbejdsgange for de sundhedsfaglige opgaver, som behandlingsstedet udfører, og at arbejdsgangene i nødvendigt omfang er beskrevet i skriftlige instrukser. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er skriftlige instrukser for pludselig opstået sygdom og ulykke.
2.	Instruks for journalføring	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt.
3.	Indhold, form og sprog i journalen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at patienten vurderes ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder. • Behandlingsstedet skal sikre, at vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder journalføres. • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol. • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.

6.	Instruks for medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejdere har de fornødne kompetencer og kender deres ansvar i forbindelse med medicinbehandling.• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks og at medarbejderne følger instruksen for, hvordan arbejdsgangen for medarbejderne er, når lægen ordinerer medicin i Fælles Medicinkort (FMK).• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks og at medarbejderne følger instruksen for, hvordan medicin dispenseres.• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks og at medarbejderne følger instruksen for, hvordan medicinen administreres.• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks og at medarbejderne følger instruksen for, hvordan medicin, der ikke administreres i faste doser, administreres.
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning.
8.	Medicinlister	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlister føres systematisk og entydigt.• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.• Behandlingsstedet skal sikre, at enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin fremgår af medicinlisten.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar		X		<p>Ved interview af ledelse og medarbejdere konstaterede vi flg. mangler vedrørende instrukser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvars og kompetenceforhold var beskrevet for de ansatte faggrupper, men ansvars- og kompetenceforhold i relation til vikarer var ikke beskrevet. • Instruksen om fravalg af livsforlængende behandling var under udarbejdelse. På tilsynsdagen blev den regionale instruks anvendt, uden lokal tilpasning. • I forhold til forebyggelse af smitsomme sygdomme og hygiejne anvendte behandlingsstedet den regionale instruks på området. • Der var ingen instruks for personalets håndtering af pludselig opstået sygdom og ulykke.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring		X		<p>Instruksen for journalføring var netop udarbejdet og godkendt, men endnu ikke kendt af personalet i den nuværende form. Det blev oplyst, at ledelsens vejledning vedrørende journalføringen havde været i form af arbejdsgangsbeskrivelser, hvorfor en samlet instruks først forelå nu.</p>

3.	Indhold, form og sprog i journalen		X		<p>Ved indlæggelse blev der foretaget en vurdering af patienternes palliative behov, som afsæt for opbygning af den enkelte journal svarende til de sygeplejefaglige problemer, der var identificeret. Hensigten hermed var, at de enkelte notater skulle "tagges" til relevante temaer og de videre observationer og planer skulle skrives her mhp at kunne følge udviklingen.</p> <p>Det blev imidlertid tydeligt ved journalgennemgangen, at dette i praksis ikke var tilfældet, idet der forekom notater, der ikke var "tagget". Dette gjorde sig f. eks. gældende i forbindelse med notater og observationer relateret til anvendelse af ordineret pn medicin og rammeordination, hvorved det blev vanskeligt at skabe sig et overblik over den samlede indgift henover et døgn.</p>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser		X		<p>Ved gennemgang af to journaler konstaterede vi, at der var mangler i det samlede overblik over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. Oplysningerne kunne i et vist omfang identificeres ved opslag i lægens notat ved indlæggelse/indskrivning i udegående hospice team og sygeplejens indlæggelsesnotat.</p> <p>Der kunne ved tilsynet redegøres for ovenstående mangler.</p>

Faglige fokuspunkter

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og		X		Ved gennemgang konstaterede vi, at den sygeplejefaglige vurdering af patienternes aktuelle problemer og

	risici samt plan for pleje og behandling				<p>risici ikke blev journalført i nødvendigt omfang. Det var således ikke muligt at se beskrivelser af, hvordan patienternes individuelle tegn på de aktuelle problemer og risici kom til udtryk og i hvilket omfang patienterne. var velbehandlede eller ej. Ovenstående gjorde sig gældende i relation til igangværende behandlinger med lægemidler mod for meget mavesyre, forstoppelse, multiple smertetilstande, kvalme, uro, hallucinationer, søvnbesvær, krampe tilstande og følger efter strålebehandling i hoved-halsregion.</p> <p>En patient fremstod periodevist delirøs. Årsagen og hvordan tilstanden kom til udtryk var ikke uddybet i det journalførte. Det medførte, at en medarbejder, der ikke havde set patienten før, ikke var i stand til at vurdere evt. forandringer i tilstanden.</p> <p>En patient var tidligere beskrevet med funktionsdyspnø, men der var ikke fulgt op på problemstillingen ved den aktuelle indlæggelse.</p> <p>En patient havde dalende fysisk funktionsniveau med generel kraftsløshed, halvsidig lammelse og tendens til at hælde mod den ene side. Vurderingen af patientens aktuelle problemer og risici ift evnen til at varetage den personlige hygiejne, mobilitet og indtage mad og drikke var ikke beskrevet i nødvendigt omfang.</p> <p>En patient havde periodevis krampeanfald af forskellig karakter, beskrevet som epilepsi. Patienten havde flere ordinationer på anfaldsbrydende medicin, men der forelå ikke umiddelbart en plan for hvornår og hvilken behandling der skulle iværksættes, herunder anvisninger af, hvad personalet</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>skulle foretage sig, såfremt anfaldet ikke kunne brydes.</p> <p>Ved journalgennemgang konstaterede vi, at der var tilfælde hvor det faglige grundlag for administration af medicin efter behov f.eks. mod smerter ikke var journalført i nødvendigt omfang. Ligesom opfølgning og evaluering af virkningen af medicin administreret efter behov ikke var journalført i nødvendigt omfang.</p> <p>Vi konstaterede, at det udkørende hospiceteam vurderede og beskrev de aktuelle problemer, de identificerede ved deres første møde med patienten.</p> <p>Der kunne ved tilsynet redegøres for ovenstående mangler.</p>
--	--	--	--	--	---

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Instruks for medicinhåndtering		X		<p>Behandlingsstedet havde en medicininstruks, som var under opdatering, hvilket senest var gjort i 2022.</p> <p>På tilsynsdagen blev der anvendt et andet journalsystem end beskrevet i instruksen. Instruksen beskrev derfor arbejdsgange herunder journalføring af medicinhåndteringen, der ikke svarede overens med behandlingsstedets praksis i forhold til f. eks. dispensering og administration af medicin, herunder administration af medicin i komplekse dispenseringer, f. eks. smertestillende plastre.</p> <p>Behandlingsstedet havde identificeret en række kritiske fejl i</p>

					<p>medicinmodulet, hvilket skyldtes, at medicinmodulet ikke havde et lokalt medicinkort til brug ved plejepersonalets daglige medicinadministration. På den baggrund var der udarbejdet en række dokumenter, der beskrev en work-around arbejdsgang mhp sikker medicin håndtering. Det var ikke anført, at disse dokumenter var et tillæg til medicininstruksen. Endelig var instruksen mangelfuld i forhold til styrelsens vejledninger på området, f. eks i forhold til håndkøbsmedicin og naturlægemidler og kosttilskud samt risikosituationslægemidler.</p>
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter		X		<p>Behandlingsstedet havde sit eget medicinrum efter aftale med Region Hovedstaden. I medicinrummet var dels medicin til fælles brug dels patienternes egen medicin i hver sin skuffe.</p> <p>Det blev oplyst ved tilsynet, at der som hovedregel blev anvendt fælles medicin, men i de tilfælde, hvor patienten havde noget særligt medicin, som ikke var indeholdt i fælles medicinen, blev patientens personlige medicin anvendt.</p> <p>Ved gennemgang af den samlede medicinbeholdning, patienternes egen og behandlingsstedets, konstaterede vi, at et konkret lægemiddel, manglede i den samlede beholdning. Lægemidlet var ordineret til brug efter behov i to forskellige styrker på henholdsvis 5 og 10 mg med samme administrationsmåde til en patient, men i medicinbeholdningen fandtes medicinen kun i den ene dosis.</p>
8.	Medicinlister		X		<p>Behandlingsstedet anvendte et journalsystem, udviklet til brug i almen praksis. Journalsystemet havde et medicinmodul med integration til FMK, hvori lægerne</p>

					<p>kunne ordinere medicin til patienterne, men der var ikke et lokalt medicinkort (LMK) til brug ved plejepersonalets administration af medicin.</p> <p>Hvis plejepersonalet kvitterede for medicin i medicinmodulet i journalsystemet, slog det i gennem til FMK og kunne ikke genfindes i medicinmodulet næste dag. Derfor blev det ikke anvendt.</p> <p>Behandlingsstedet havde på den baggrund udviklet en arbejdsgang med daglige print af FMK til brug ved administration af patienternes faste medicin og medicin ordineret efter behov. Herudover blev der ført to skemaer, et hvorpå der blev kvitteret for administration af lægemidler, der skulle gives hver 2. eller 3. dag, f. eks. medicinske plastre, et andet hvor administration af rammeordinationer blev noteret. Disse arbejdsgange var beskrevet i tillæg til medicininstruksen, men det var vanskeligt at danne sig et overblik over den samlede medicinering, både for det enkelte døgn og for flere døgn i træk.</p> <p>Ved gennemgang af medicinlister konstaterede vi, at der var tilfælde hvor</p> <ul style="list-style-type: none">- der ikke var overensstemmelse mellem lægemidlernes aktuelle handelsnavne anført på medicinlisterne og de aktuelle handelsnavne i beholdningerne, hvorfra der blev doseret.- der var ordineret medicin til brug efter behov, uden angivelse af maximal døgndosis- der var indikationer, der ikke var korrekte, f. eks. præmedicinering(midazolam) og nervelidelse(combar)- et lægemiddel var ordineret med samme administrationsmåde, i to forskellige styrker og med to forskellige indikationer hhv. epilepsi
--	--	--	--	--	--

					og kramper, uden nærmere angivelse af behandlingsplan.
--	--	--	--	--	--

Overgange i patientforløb

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Overgange i patientforløb til og fra primærsektor (plejecentre, hjemmepleje, bosteder med videre)	X			

Øvrige fund

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Hospice Søndergård er en selvejende institution med regional driftsoverenskomst. Hospice Søndergård er ejet af OK-Fonden og beliggende i Ballerup kommune. Hospice Søndergård kan modtage patienter fra Region Hovedstadens Planområde Syd.
- Hospice Søndergård har 16 pladser samt et udkørende hospiceteam
- Målgruppen er patienter med livstruende og uhelbredelig sygdom, ledsaget af komplekse palliative problemstillinger og forventet kort levetid.
- Der er ansat 63 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: læger, sygeplejersker, fysioterapeut og musikterapeut. samt servicepersonale. Hospice Søndergård har eget afløserteam under opbygning og anvender i nogen grad vikarer fra eksterne vikarbureauer.
- Hospice Søndergård samarbejder blandt andet med praktiserende læger, sygehuse, hjemmesygeplejen.
- De sundhedsfaglige opgaver består primært af medicin håndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse.

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 interview vedrørende 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 på tilsynets fund deltog:

- Maria Balle, hospicechef
- Janne Kaullberg, virksomhedsansvarlig overlæge
- En oversygeplejerske
- En klinisk sygeplejespecialist

Tilsynet blev foretaget af:

- Anne Marie Glennung, oversygeplejerske
- Lone Teglbjærg, 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*.