



# Tilsynsrapport

## Støtteteamet §85

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

**Støtteteamet §85**  
**Ringstedgade 41 2**  
**4700 Næstved**

**CVR- nummer:** 29189625 **P-nummer:** 1021852399 **SOR-ID:** 1033761000016002

**Dato for tilsynsbesøget:** 26-03-2026

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

**Sagsnr.:** 35-2011-24038



# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten.

Vi har derfor den 9. juni 2026 givet Støtteteamet § 85 et påbud om, at sikre:

1. forsvarlig medicinhandling, herunder implementering af instruks herom.
2. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instruks herom.
3. udarbejdelse og implementering af instrukser for patienternes behov for behandling, og for 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 **26-03-2026** vurderet, at der på **Støtteteamet §85** 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.

### Instrukser

Det forelå flere sæt instrukser, både overordnede og lokale. Det var uklart, hvilke der var det gældende, og personalet kendte ikke til de lokale instrukser.

Den ene lokale instruks for patienternes behov for behandling skulle have været revideret i 2023. Derudover var der mangler i den overordnede instruks for patienternes behov for behandling og instruks for hygiejne og smitsomme sygdomme.

Der forelå ingen egentlig instruks for journalføring. Det var tale om en Nexus-manual/klikvejledning samt en vejledning til udfyldelse af de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der manglede en beskrivelse af øvrige krav til dokumentationens indhold og systematik, ligesom personalets opgaver og ansvar i relation til journalføring - herunder føring, opbevaring og adgang - ikke var beskrevet.

Vi vurderer, at mangelfulde sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, idet behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer.

Vi vurderer, at en mangelfuld instruks for journalføring indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi sådan en instruks beskriver arbejdsgangen og systematikken ved anvendelse af et centralt redskab i behandlingen. Utilstrækkelig systematik i dokumentationen medfører et ufuldstændigt grundlag for behandling og opfølgning.

### **Journalføring**

Vi konstaterede, at den sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger, sygdomme, funktionsnedsettelse og aftaler med behandlingsansvarlig læge om kontrol og opfølgning. Journalføringen fremstod generelt usystematisk og mangelfuld.

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.

Samlet set vurderer vi, at manglerne i journalerne gav risiko for manglende observationer samt utilstrækkelig pleje og behandling hos samtlige patienter i stikprøverne.

### **Medicinhåndtering**

Der blev konstateret flere mangler i medicinhåndteringen, herunder uoverensstemmelse mellem handelsnavne i medicinlister og de handelsnavne der fremgik af medicinbeholdningen, forekomst af udløbet blodfortyndende medicin samt manglende adskillelse af aktuel og ikke-aktuel medicin.

På den baggrund vurderer vi, at instruksen for medicinhåndtering ikke var tilstrækkeligt implementeret. Den manglende implementering indebærer en risiko for patientsikkerheden, da formålet med instruksen er at sikre ensartet og sikker medicinering. Anvendelse af medicin med overskredet holdbarhed indebærer desuden risiko for nedsat eller manglende effekt.

### **Patienters retsstilling**

Der var ikke dokumentation for den enkelte borgers habilitet, og der forelå ingen fast praksis for dokumentation heraf.

### **Hygiejne**

Instruksen for hygiejne og smitsomme sygdomme var mangelfuld, i det der ikke fremgik at arbejdstøj jvf Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer bør vaskes ved minimum 60 grader. Instruksen, herunder krav til tøjvask og forbud mod neglelak, var desuden ikke implementeret.

### **Samlet vurdering**

Vi har lagt vægt på, at patientgruppen på behandlingsstedets er særligt sårbare og kræver tætte observationer og opfølgning på ændringer. Vi vurderer, at der var risiko for utilstrækkelige observationer, pleje og behandling ved samtlige stikprøver.

Samtidig bemærker vi, at behandlingsstedet er bemanded med betydelige sundhedsfaglige kompetencer, og at personalet har et godt kendskab til borgerne. Der er desuden redegjort for en daglig arbejdsgang, hvor borgerne gennemgås ved overlevering med fokus på aktuelle observationer.

Vi vurderer samlet set, at det 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"> <li>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</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for patienternes behov for behandling</li> </ul>
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation</li> </ul>
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring</li> </ul>
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation</li> </ul>
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af aftaler med de behandlende læger om</li> </ul>

		kontrol af kroniske sygdomme ved den medicinske patient
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme</li> <li>• 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</li> </ul>
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og følger instruksen for medicinbehandling.</li> </ul>
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste</li> </ul>
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der ikke opbevares medicin med udløbet holdbarhedsdato eller sterilvarer med overskredet udløbsdato</li> </ul>
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge</li> </ul>
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne</li> <li>• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne</li> </ul>

## 2. 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		<p>Der fandtes flere sæt instrukser, både overordnede kommunale og lokale, som var placeret med hver sin indgang i henholdsvis VAR og Teams. Personalet var alene bekendt med de overordnede procedurer i VAR.</p> <p>Der forelå desuden to instrukser for akut opstået sygdom – én kommunal og én lokal – uden klar angivelse af, hvilken instruks personalet skulle følge. Den kommunale instruks indeholdt et flowchart, hvor det fremgik, at man skulle orientere sig i stamdata, inden HLR påbegyndes. Den lokale instruks var planlagt til revision i 2023, men dette var ikke gennemført.</p>

### Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		<p>Der forelå alene en Nexus-manual/klikvejledning samt en vejledning til udfyldelse af de 12 sygeplejefaglige problemområder. Der manglede en beskrivelse af øvrige krav til dokumentationens indhold og systematik. Personalets opgaver og ansvar i relation til</p>

					journalføring, herunder føring, opbevaring og adgang til journalen var ikke beskrevet.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Journalføringen fremstod generelt uoverskuelig og usystematisk, så relevant dokumentation var svær at finde.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		<p>I to ud af to stikprøver forelå alene sporadiske og mangelfulde beskrivelser af udvalgte problemstillinger såsom fx trivsel og kognitive problemer. De 12 sygeplejefaglige problemområder var ikke udfyldt systematisk. Eksempelvis manglede der i en stikprøve beskrivelse af problemer, der medførte behandling for depression.</p> <p>Beskrivelse af eksem, der blev behandlet, var mangelfuld.</p> <p>Beskrivelse af smerter manglede på trods af, at patienten var i behandling med fem forskellige præparater, herunder opioider.</p> <p>I en anden stikprøve manglede beskrivelse af søvnproblematik, stemningssvingninger og smerter, som der var behandling for.</p> <p>Personalet kunne redegøre for vurderinger, og hvilke planer der var lagt for behandlinger</p>
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Der forelå ingen oversigter over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige		X		Idet den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle

	dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering				<p>og potentielle problemer var meget mangelfuldt udfyldt og opdateret, var grundlaget for opfølgning og evaluering ikke til stede.</p> <p>I den ene stikprøve var der ikke modtaget eller opsøgt oplysninger fra sygehuset efter en tvangsindlæggelse. Det var ikke dokumenteret, hvad der skulle følges op på, men behandlingsstedet kunne redegøre for plan og behandling.</p> <p>Der forelå enkelte observationer, såsom "hører stemmer, sløv, medicinpåvirket" uden at det var beskrevet, hvordan der skulle ageres ud fra disse observationer. Behandlingsstedet kunne redegøre for dette.</p>
--	---	--	--	--	--

## Medicinhandling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling		X		Instruksen var ikke implementeret - se fund under målepunkt 10.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		I begge stikprøver var der uoverensstemmelse mellem handelsnavne i medicinlisten og de handdelsnavne der fremgik af medicinbeholdningen.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		<p>I den ene stikprøve var en pakning med medicin, som ikke var i anvendelse, placeret i posen med "aktuel men ikke anbrudt medicin". I doseringsæskerne fremgik ikke dag på en enkelt pilleæske. To pilleæsker i samme doseringsæske var mærket med "mandag" og to var mærket med "søndag".</p> <p>I den anden stikprøve var der en enkelt pakke med blodfortyndende medicin der var udløbet på dato.</p>

## Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		I to ud af to stikprøver var patienternes habilitet ikke beskrevet.

## Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme		X		Det fremgik ikke af instruksenen, at arbejdstøj skulle vaskes ved min. 60 grader. Under samtale med ledelsen fremgik det, at instruksenen ikke var implementeret i praksis, idet personalet eksempelvis fortsat anvendte neglelak mv.

## Øvrige fund

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

# 3. Baggrundsoplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Støtteteamet §85 er et kommunalt tilbud i Næstved Kommune, der yder indsatser efter § 83 og 85 Serviceloven, samt § 138 i Sundhedsloven til borgere med psykiske udfordringer som bor i egen bolig. Tilbuddet består af hjælp til struktur på hverdagen, støtte til medicin og praktiske opgaver i hjemmet, samt sundhedsfaglige opgaver der primært består af medicinhåndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling, behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse.
- Støtteteamet tilbyder ligeledes telefonisk støtte og/eller deltagelse i relevante gruppeforløb.
- Støtteteamet §85 er en del af Center for Socialpsykiatri, organiseret under Center for Handicap og Psykiatri i Næstved Kommune.
- Målgruppen er voksne i alle aldre med psykiatriske diagnoser, misbrug og sociale problemstillinger. Der er aktuelt 190 borgere indskrevet i tilbuddet, som alle får indsatser efter Sundhedsloven.
- Der er i alt 35 medarbejdere fordelt på tre sygeplejersker, 24 social- og sundhedsassistenter, en ergoterapeut, fem pædagoger, en omsorgsmedhjælper og en socialrådgiver.
- Støtteteamet §85 samarbejder blandt andet med praktiserende læger, distriktpspsykiatrien, psykiatriske sengeafsnit, hjemmesygepleje samt andre centre i kommunen, såsom Center for Sundhed og Ældre.
- Støtteteamet §85 anvender Nexus og har adgang til FMK.

## 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](http://www.stps.dk) under *Tilsyn*; *Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemgået af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter

Ved tilsynet deltog:

- Dorthe Olsen, Centerleder
- Jan Hansen, Afdelingsleder
- En sygeplejerske og sundhedsfaglig koordinator
- To social- og sundhedsassistenter

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Dorthe Olsen, Centerleder

- Jan Hansen, Afdelingsleder

Tilsynet blev foretaget af:

- Alice Ordrup, oversygeplejerske
- Pierre Viala, 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](http://www.stps.dk) under [Lovgrundlag og generelle oplysninger](#).