



Tilsynsrapport

Ok-Fonden Gurli-Vibeke

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Ok-Fonden Gurli-Vibeke
Hannerupgårdsvej 33
5230 Odense M

CVR- nummer: 43524828 **P-nummer:** 1003075569 **SOR-ID:** 933041000016008

Dato for tilsynsbesøget: 23-04-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-24151



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget et partshøringssvar som indeholder bemærkninger til de faktuelle oplysninger om behandlingsstedet, og vi har på den baggrund tilrettet oplysninger i afsnittet om behandlingsstedet i rapporten. Endvidere har behandlingsstedet indsendt bemærkninger til styrelsens krav til vurdering og journalføring af de 12 sygeplejefaglige problemområder og krav til journalføring i de tilfælde hvor der aktuelt pågår et opdateringsarbejde af et journalføringssystem. Vi har forholdt os til høringssvaret og har efterfølgende haft en særskilt drøftelse af høringssvaret med Ok-Fonden Gurli-Vibekes ledelse, som har givet anledning til enkelte præciseringer i vurderingsafsnittet i rapporten, men samlet set ændrer det ikke ved vores samlede vurdering.

Vi har derfor den 19. juni 2026 givet Ok-Fonden Gurli-Vibeke et påbud om, straks at sikre:

1. Forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instrukser herom.
2. Systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgninger herpå.
3. Tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herom.
4. Systematisk indhentelse af tilstrækkeligt informeret samtykke.

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 **23-04-2026** vurderet, at der på **Ok-Fonden Gurli-Vibeke** 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.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Journalerne beskrev ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang patienternes aktuelle problemstillinger og risici, den iværksatte pleje og behandling og hvilken opfølgning, der var foretaget. Behandlingsstedet kunne i nogle tilfælde ikke redegøre for manglerne i journalerne og på den baggrund, er det vores vurdering, at den manglende journalføring, i flere tilfælde var et udtryk for, at vurderinger og opfølgning på ændringer i patienternes tilstande ikke havde fundet sted.

Vi konstaterede blandt andet et tilfælde, hvor der manglede opfølgning på, at der over tre dage var udleveret PN smertestillende medicin otte gange til en dement borger, som var faldet. Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke følges op på effekten af PN-medicin, idet opfølgningen

skal sikre en vurdering af om medicinen har den ønskede effekt, eller om der skal iværksættes yderligere udredning og tiltag.

Vi har i vurderingen også lagt vægt på, at vi konstaterede mangler i journalerne, som relaterede sig til upræcise beskrivelser af patienternes problemstillinger, risici og behandling med antipsykotisk medicin. Anvendelse af antipsykotisk medicin til demente patienter indebærer en særlig risiko for patientsikkerheden, fordi disse lægemidler er forbundet med potentielt alvorlige bivirkninger og derfor stiller krav til skærpede observationer og hyppigere kontroller. Det er derfor væsentlig, at patientens aktuelle tilstand og behandling, relevante observationer og aftaler vedrørende opfølgning på behandlingen fremgår fyldestgørende i journalerne.

Journalføringen fremstod generelt mangelfuld og usystematisk, og på den baggrund vurderer vi, at instruksen for journalføring ikke var tilstrækkeligt implementeret. Det var under tilsynet vores opfattelse, at der var en generel usikkerhed omkring behandlingsstedets dokumentationspraksis, og at ansvaret for dokumentationen var placeret på enkelte medarbejdere. Ledelsen oplyste, at der aktuelt pågik en forenkling af behandlingsstedets dokumentationssystem, som var initieret af Odense Kommune, som følge af driftsoverenskomsten, og at ledelsen ikke havde haft indflydelse på processen og metoden, hvilket blandt andet var en var medvirkende årsag til, at medarbejderne aktuelt havde vanskeligt ved at tilgå de nødvendige patientoplysninger. Vi vurderer dog, at ledelsen under et igangværende opdateringsarbejde er forpligtet til at sikre, at der til enhver tid er et dokumentationssystem, hvor alle medarbejderne kan fremfinde relevante oplysninger om patienternes pleje og behandling.

Vi vurderer samlet set, at manglerne i de sygelejevaglige vurderinger og journalføringen gav risiko for manglende observationer, utilstrækkelig pleje, behandling og opfølgning ved patienterne i stikprøverne.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede flere mangler i de to medicinbeholdninger. Vi har i vurderingen lagt særligt vægt på, at der i den ene beholdning ikke var dispenseret korrekt medicin i patientens doseringsæsker, idet der var dispenseret for lidt medicin i en periode, hvor patienten skulle trappes op i sin behandling. Forkert dosis af medicin kan medføre manglende effekt af den iværksatte behandling. Behandlingsstedet oplyste ved tilsynet, at der var en fastlagt arbejdsgang som beskrev, at alle dispenseringer blev talt efter af en medarbejder med kompetence til medicindispensering, men at denne arbejdsgang sandsynligvis ikke var fulgt i det konkrete tilfælde.

Behandlingsstedet oplyste i flere tilfælde, at instruksen ikke var fulgt. Det drejede sig om behandlingsstedets praksis i forhold til at kvittere for administration af ikke- dispenserbar medicin samt kontrol af dispenseret medicin. Vi vurderer på den baggrund, at instruksen for medicinhåndtering ikke var tilstrækkelig efterlevet og implementeret.

Informeret samtykke

Behandlingsstedet havde ikke en fastlagt praksis for at vurdere patienternes samtykkekompetence og journalføre, hvem der gav et stedfortrædende samtykke i de tilfælde, hvor patienterne var inhabile. Vi vurderer, at manglerne udgør en risiko for at der iværksættes behandling uden et gyldigt samtykke og kan føre til behandling, som ikke er i overensstemmelse med patientens ønsker.

Samlet vurdering

Vi vurderer, at de konstaterede mangler er et udtryk for en generel manglende systematik i behandlingsstedets praksis i forhold til at efterleve de gældende instrukser. På baggrund af de drøftelser

der var under tilsynet, har vi lagt særligt vægt på, at ledelsen ikke i tilstrækkelig grad har sikret de nødvendige rammer, som gør det muligt for alle medarbejdere at følge instrukserne, herunder særligt i arbejdet med forenklingen af behandlingsstedet dokumentationssystem.

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.	Instruks for journalføring	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation • Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
3.	Indhold, form og sprog i journalen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt.
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 der lægges en plan for patientens pleje og behandling ud fra patientens aktuelle problemer og risici. • Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer. • Behandlingsstedet skal sikre, at vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder journalføres. • Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling journalføres. • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf. • Behandlingsstedet skal sikre, at evaluering og opdatering af planen for pleje og behandling journalføres.
6.	Instruks for medicinhåndtering	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende medicinhåndtering.

Num mer	Navn	Krav
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin.
8.	Medicinlister	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at vurdere om en patient helt eller delvis ikke selv har evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at vurdere, hvem der kan samtykke på patientens vegne til pleje og behandling (stedfortrædende samtykke) i de tilfælde, hvor patienten ikke selv er i stand til at give samtykke • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, hvis det er vurderet, at patienten, helt eller delvist, ikke har evnen til at give informeret samtykke til pleje og behandling • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, hvem der kan give samtykke på patientens vegne til pleje og behandling (stedfortrædende samtykke) i de tilfælde, hvor patienten ikke selv er i stand til at give samtykke

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar	X			

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring		X		<p>Behandlingsstedet havde en instruks for journalføring, som generelt var fyldestgørende beskrevet. Instruksen manglede dog beskrivelse af hvordan behandlingsstedet skulle journalføre, hvis en patient var inhabil og hvem der i disse tilfælde varetog patientens helbredsmæssige interesser.</p> <p>På baggrund af de konstaterede mangler i journalerne jævnt før målepunkt tre og fem vurderer vi, at instruksen ikke var tilstrækkelig implementeret.</p>

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Indhold, form og sprog i journalen		X		<p>Journalerne var usystematiske, og det var vanskeligt at tilgå de nødvendige oplysninger om patienternes problemstillinger og den iværksatte pleje og behandling.</p> <p>Ledelsen oplyste ved tilsynet, at behandlingsstedet netop var gået i gang med at opdatere og forenkle deres dokumentationssystem, og at det derfor var vanskeligt for medarbejderne at finde de nødvendige oplysninger i journalerne. Ledelsen havde dog ikke iværksat yderligere tiltag med henblik på at sikre systemtik i journalerne i den periode, hvor arbejdet pågik.</p>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			

Faglige fokuspunkter

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
--------------------	------------------	----------------	-------------------------	-------------------------	----------------------------

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling		X		<p>I et tilfælde manglede der en fyldestgørende beskrivelse af patientens demens, herunder hvordan patientens symptomer i forbindelse med udadreagerende adfærd kom til udtryk. Journalen manglede også beskrivelse af i hvilke tilfælde, der skulle iværksættes nonfarmakologiske tiltag, og hvornår der skulle tilbydes PN antipsykotisk medicin. Behandlingsstedet kunne redegøre for patientens adfærd og i hvilke tilfælde, der blev udleveret PN medicin.</p> <p>I to tilfælde, hvor patienterne blev vejet med faste intervaller, manglede der en fyldestgørende beskrivelse af hvilken vurdering, der var foretaget af patienternes aktuelle problemstilling i relation til risiko for vægttab. Det fremgik ikke hvad patienterne vanlige vægt var og i det ene tilfælde manglede der også en beskrivelse af hvornår personalet skulle reagere, hvis patienten tabte sig eller tog på i vægt. I det konkrete tilfælde havde patienten øget sin vægt med 4 kg., men det fremgik ikke af journalen, om der var foretaget en opfølgning herpå. I det andet tilfælde var patienten ikke blevet vejet siden januar, selv om det fremgik, at patienten skulle vejes hver fjerde uge. Behandlingsstedet kunne ikke fyldestgørende redegøre for patienternes aktuelle ernæringstilstande, og om der var foretaget en opfølgning på den ene patients vægtøgning. Behandlingsstedet oplyste, at de manglende vægtmålinger hos den anden patient skyldtes, at indsatsen var gledet ud af deres dokumentationssystem, og at dette</p>

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					<p>formentlig var sket i forbindelse med opdateringsarbejdet i systemet.</p> <p>I et tilfælde var en dement patient netop trappet ud af sin demensmedicin og startet med fast antidepressiv medicin samt PN antipsykotisk medicin, men dette fremgik ikke tydeligt af journalen. Journalen manglede beskrivelse af patientens aktuelle tilstand efter medicinen var opstartet, ligesom der manglede en beskrivelse af, om behandlingsstedet havde nogle opgaver i relation til løbende observationer, opfølgning og kontrol. Behandlingsstedet redegjorde for patientens aktuelle tilstand, herunder at det ikke var observeret bivirkninger eller tilkommet risici efter den antipsykotiske behandling var opstartet. Behandlingsstedet kunne også redegøre for hvilke aftaler, der var indgået med lægen om opfølgning.</p> <p>I et tilfælde, hvor en patient havde haft smerter efter et fald, var der udleveret PN smertestillende otte gange på tre dage, men det fremgik ikke af journalen om der var fulgt op på effekten heraf og hvordan patienten aktuelt havde det. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for om opfølgningen havde fundet sted.</p>

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
------------	-----------	---------	-----------------	-----------------	---------------------

6.	Instruks for medicin håndtering		X		<p>Vi konstaterede flere mangler i behandlingsstedets medicin håndtering.</p> <p>Behandlingsstedet tilkendegav i den forbindelse, at instruksen i flere af tilfældene ikke var fulgt. Det drejede sig om behandlingsstedets praksis i forhold til at kvittere for administration af ikke-dispenserbar medicin, ligesom behandlingsstedet havde en ekstra arbejds gang, hvor alle medicindispenseringer blev talt efter af en kollega.</p> <p>På baggrund af manglerne i medicin håndteringen vurderer vi, at instruksen for medicin håndtering ikke var tilstrækkelig efterlevet og implementeret.</p>
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter		X		<p>I en medicinbeholdning konstaterede vi, at den ordinerede medicin ikke var dispenseret korrekt. I et tilfælde, hvor der pågik opjustering i patientens antidepressive behandling, var der tre doseringsæsker, hvor der skulle have været dispenseret sertralin 100 mg, men der var kun dispenseret 50 mg.</p>
8.	Medicinlister		X		<p>I begge stikprøver var der eksempler på, at kvittering for administration af ikke-dispenserbar medicin ikke var foretaget i overensstemmelse med behandlingsstedets instruks. Behandlingsstedet redegjorde for, at administrationen var foretaget, men ikke korrekt dokumenteret.</p>

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		<p>Behandlingsstedets målgruppe var demente borgere med svære kognitive problemstillinger. Behandlingsstedet havde ikke en fastlagt praksis for at vurdere patienternes samtykkekompetence og systematisk journalføre, hvem der varetog patienternes helbredsmæssige interesser i de tilfælde, hvor patienten var inhabil.</p> <p>I den ene journal var det ikke beskrevet, at patienten var inhabil og hvem der kunne give samtykke til pleje og behandling.</p> <p>I den anden journal kunne det tilfældigt fremfindes i et tidligere lægenotat vedrørende behandlingsniveau, at patienten var vurderet inhabil. Det fremgik alene af notatet, at der var givet samtykke til beslutningen vedrørende behandlingsniveauet og ikke hvem der generelt varetog patientens helbredsmæssige interesser.</p> <p>I begge tilfælde kunne behandlingsstedet redegøre for, hvem der varetog patienternes helbredsmæssige interesser</p>

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ok-fonden Gurli-Vibeke er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Odense Kommune.
- Der er plads til 26 borgere og målgruppen er borgere med demens og svære kognitive problemstillinger.
- Der er i alt 20 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: en sygeplejerske, 12 social- og sundhedsassistenter, syv social- og sundhedshjælpere, en ufaglært og en vakant stilling.
- Ved behov kan plejehjemmet tilkøbe hjælp ved Odense Kommunes Sygepleje.
- Der er tilknyttet plejehjemslæge, som kommer fast hver uge.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse omhandlende behandlingsstedets sundsfaglige instrukser, hygiejne og sygeplejefaglige vurderinger.

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 blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to borgere

Ved tilsynet deltog:

- Pia Kristensen, afdelingsleder
- Anne Mulberg Dahl, chef
- Laila Jørgensen, teamleder for nattevagten
- En sygeplejerske
- En SSA/Marte Meo terapeut

Tilsynet blev foretaget af:

- Linda Bjerger Kok, oversygeplejerske
- Signe Boye Karlsen, oversygeplejerske
- Kirsten Damkjær, enhedschef

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*.