

Tilsynsrapport Distrikt Sydøst

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Distrikt Sydøst
Kildemarksvej 124
4700 Næstved

CVR- nummer: 29189625 **P-nummer:** 1011204496 **SOR-ID:** 1444751000016009

Dato for tilsynsbesøget: 16-06-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-24658



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten omhandlende deres journaliseringssystem. Vi har tilføjet oplysningerne i rapporten på den baggrund. Oplysningerne ændrer ikke vores samlede vurdering.

Vi har derfor den 10. august 2026 givet Distrikt Sydøst, Næstved Kommune, et påbud om straks at sikre:

1. forsvarlig medicinhandling, herunder implementering af instruks herom.
2. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom.
3. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for samarbejde og overgange i patientforløb.

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 **16-06-2026** vurderet, at der på **Distrikt Sydøst** 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, herunder overgange i patientforløb

Vi konstaterede at Distrikt Sydøst ikke havde fastlagte arbejdsgange eller instrukser i forhold til det sundhedsfaglige samarbejde med et kommunalt støtteteam. Vi vurderer, at fravær af eller mangelfulde sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, da behovet for intervention dermed alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer.

De manglede arbejdsgange for samarbejdet øger også risikoen for, at patienten ikke modtager den rette pleje og behandling eller, at der ikke bliver fulgt op på iværksat pleje og behandling, når der mangler informationer i overgange mellem behandlingssteder/sektorer.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Hjemmeplejen i Næstved Kommune har gennemført en forenkling af Nexus i foråret 2026. Dette har bl.a. medført, at alle helbredstilstande skulle omskrives og tilpasses den enkelte borger.

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 vægt på, at manglende vurdering af den respiratoriske funktion hos en patient med for eksempel KOL betød, at det kan være svært at følge op på evt. forværring i patientens KOL.

Vi har ligeledes lagt vægt på, at manglende vurdering af sår hos en patient betød, at det kan være svært at følge op på om såret ændrer karakter.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for forværring i patientens tilstand, når der dermed ikke kan følges op ved evt. ændringer af tilstanden.

Medarbejderne kendte patienterne godt 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. Administration af medicin med manglende anbrudsdato og dermed risiko for overskredet holdbarhed udgør en risiko for, at medicinen ikke virker efter hensigten. Der var desuden manglede overensstemmelse mellem handelsnavne på præparater og den lokale medicinliste, og der manglede navne/labels på to præparater.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Vi vurderer, at den manglende implementering indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruks har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling.

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:

Num mer	Navn	Krav
1.	Organisering og ledelsens ansvar	Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejdere er instrueret i at udføre opgaverne efter fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser.
2.	Instruks for journalføring	Behandlingsstedet skal sikre, at journalen føres systematisk, overskueligt og entydigt.
3.	Indhold, form og sprog i journalen	Behandlingsstedet skal sikre, at notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	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	- Behandlingsstedet skal sikre, at evaluering og opdatering af planen for pleje og behandling journalføres. - Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.
6.	Instruks for medicinhåndtering	- Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens vejledninger. - Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejdere har de fornødne kompetencer og kender deres ansvar i forbindelse med medicinhåndteringen.
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter	Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning.

8.	Medicinlister	Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten.
9.	Overgange i patientforløb til og fra primærsektor (plejecentre, hjemmepleje, bosteder med videre)	- Behandlingsstedet skal sikre, at der ved overflytning af patient til et andet behandlingssted samt ved overdragelse af opgave, er fastlagte arbejdsgange for overlevering af aktuelle oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling, herunder medicinsk behandling. - Behandlingsstedet skal sikre, at der ved modtagelse af patient fra andre behandlingssteder eller sygehuse er fastlagte arbejdsgange for, hvordan behandlingsstedet modtager og anvender oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling, herunder medicinsk behandling.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar		X		Der var ved tilsynet ikke fastlagt arbejdsgange for samarbejdet med det kommunale støtteteam i forhold til de borgere som begge behandlingssteder kommer hos. Ligeledes manglede arbejdsgange for overdragelse af opgaver mellem støtteteam og hjemmeplejen. Se også målepunkt 9.

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring		X		Instruksen var ikke tilstrækkeligt implementeret grundet den manglende systematik og manglende overskuelighed i forhold til fund i målepunkt 4 og 5. I instruksen for sygeplejefaglig udredning fremgik ikke, hvornår den sygeplejefaglige udredning skal foregå. Endvidere fremgik det af instruksen, at der skal udarbejdes indsatsmål og handlingsanvisninger og efterfølgende oprettes og udfyldes døgnrytmeplan. Instruksen blev ikke fulgt, da der dels manglede handlingsanvisninger og i flere tilfælde var de ikke aktuelle.
3.	Indhold, form og sprog i journalen		X		Instruksen var ikke tilstrækkeligt implementeret grundet den manglende systematik og manglende overskuelighed i forhold til fund i målepunkt 5.

4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser		X		Ved to af to stikprøver var overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfuld. Ved den ene manglede smerter, ødemer i ben, nedsat gangfunktion og manglende sygdomsindsigt. Ved den anden manglede nedsat hørelse.
----	---	--	---	--	--

Faglige fokuspunkter

Nummer	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		I to af to stikprøver var der fund i forhold til patienternes aktuelle problemer og risici. I den ene omhandlede det flere af de 12 sygeplejefaglige problemområder, der var sparsomt udfyldt. For eksempel havde patienten store problemer i forhold til funktionsniveau og bevægeapparat. Dette manglede uddybning, og det fremgik ikke hvordan problemerne kom til udtryk. Patienten havde desuden KOL. Det var ikke beskrevet at patienten var storryger og hvorledes sygdommen respiratorisk kom til udtryk. Dernæst var der store kommunikative problemstillinger, som ikke var beskrevet. Personalet kunne mundligt redegøre for problemstillingerne. Patienten havde diabetes, men der var ikke journalført observationer eller planer i forhold til fødder og øjne. Der kunne mundligt redegøres for, at der ikke var problemer med fødder. Ved anden patient var der sår, som var blevet behandlet gennem flere år. Der var lagt en behandlingsplan, som ikke var opdateret i gennem behandlingen. Der manglede en

					beskrivelse af antal sår, form, farve og størrelse på sårene. Personalet kunne redegøre for behandlingen mundtligt.
--	--	--	--	--	---

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Instruks for medicinhåndtering		X		Instruksen for medicinhåndtering var ikke implementeret i tilstrækkelig grad på baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen, herunder uoverensstemmelse mellem instruks og praksis.
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter		X		I en af to stikprøver manglede anbrudsdato på to forskellige injektionspenne. Den ene var et insulin produkt som var medgivet fra indlæggelse og som blev benyttet PN. Den anden var et væggtabs produkt som blev benyttet fast. Der var i to tilfælde manglende labels/navn på to præparater.
8.	Medicinlister		X		I en af to stikprøver var der ikke overensstemmelse mellem handelsnavn på den lokale medicinliste og det aktuelle handelsnavn. Det omhandlede to præparater.

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		Hos en patient som tidligere havde fået hjælp fra et kommunalt støtteteam, var der ikke beskrevet et samarbejde om overdragelse af opgaven. Det blev oplyst, at der generelt ikke er aftaler imellem

					behandlingsstedet og støtteteamet om, hvorledes man overdrager opgaver. Det blev oplyst at det skete via visiteringen i kommunen, at de førte journal i samme system, og at de (støtteteam og hjemmepleje) havde to forskellige instrukser om, hvorledes der skal føres journal. Ved nogen patienter kom både støtteteam og hjemmepleje i hjemmet. Ved den aktuelle patient var opgaven nu helt overgået til hjemmeplejen. Der havde ikke været indkaldt til fælles møder om denne patient eller andre patienter.
--	--	--	--	--	--

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Distrikt Sydøst er en hjemmeplejeordning i Næstved Kommune, som organisatorisk hører under Pleje og omsorg.
- Distriktet er opdelt i klynger, som yderligere er inddelt i teams med hver deres teamleder. Tilsynet blev gennemført på Kildemarkscentret SØ21 og SØ22.
- Der er ca. 196 borgere, som modtager hjælp i SØ21 og ca. 197 borgere i SØ22 som modtager hjælp.
- Målgruppen er primært ældre borgere, men også borgere med diagnoser samt borgere der er kognitivt udfordret.
- Distriktet ledes af en distriktschef. Der er ansat 33 medarbejdere i SØ21 og 26 medarbejdere i SØ22. Faggrupperne er sygeplejersker, social -og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagog, ergoterapeut, rengøringspersonale, uaglærte. Hjemmeplejen har sit eget vikarbureau, VKS. Dagvagt og aftenvagt varetages af SØ21 og SØ22. Nattevagt varetages af andet distrikt, NV SØVN 51.
- Distrikt SØ samarbejder med praktiserende læger og sygehuse.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn hos anden kommunal samarbejdspartner.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet 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 to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to patienter/borgere

Ved tilsynet deltog:

- Birgitte Ettrup, distriktschef
- Anna Karina Weerngreen, teamleder
- Sabine Købmand-Parnes, teamleder
- Fem sygeplejersker
- To social- og sundhedsassistenter
- En kvalitetskoordinator

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Birgitte Ettrup, distriktschef

- Anna Karina Weerngreen, teamleder
- Sabine Købmand-Parnes, teamleder
- Fem sygeplejersker
- En social- og sundhedsassistent
- En kvalitetskoordinator

Tilsynet blev foretaget af:

- Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske
- Svend Erik Brande, oversygeplejerske
- Ida-Line Horne Zartsdahl, konsulent

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*.