

Tilsynsrapport

Fremtidens Plejehjem

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Fremtidens Plejehjem
Carl Klitgaards Vej 5
9400 Nørresundby

CVR- nummer: 29189420 **P-nummer:** 1018953192 **SOR-ID:** 977011000016003

Dato for tilsynsbesøget: 23-06-2026 og 24-06-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-25162



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten i forhold til behandlingsstedets organisering samt dato for tilsynet. Vi har tilrettet oplysningerne i rapporten på den baggrund.

Vi har gennemgået høringssvaret og vurderet, at oplysningerne ikke ændrer vores samlede vurdering.

Vi har derfor ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 28. november 2025. Vi vil foretage yderligere opfølgning over for Fremtidens Plejehjem, Aalborg Kommune.

Vi har også den 13. august 2026 givet Fremtidens Plejehjem et supplerende påbud om:

- midlertidigt at indstille indtaget af nye patienter fra den 14. august 2026.

Vi har samtidigt påbudt Fremtidens Plejehjem, Aalborg Kommune, straks at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruksen herom.
2. forsvarlig hygiejne, herunder ved håndtering af sondeernæring.
3. udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks for ansvars- og kompetenceforhold.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har vurderet, at det er forsvarligt.

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 tilsynsbesøgene den **23-06-2026** og **24-06-2026** vurderet, at der på **Fremtidens Plejehjem** er:

Kritiske 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

Vi konstaterede, at behandlingsstedet havde ansat tre sygeplejersker, og at de fire etager nu var opdelt i de tre teams. Ledelsen oplyste, at der var øget fokus på faglighed i forbindelse med den daglige koordinering, hvor sundhedsfaglige opgaver blev fordelt ud fra medarbejdernes kompetenceniveau. Der var faglig møde hver formiddag for at følge op på pleje og behandling samt vurdere ændringer i patienternes tilstand. En gang om ugen var der møder for sundsfagligt personale for at vurdere og planlægge eventuelt videre forløb og behandlingstiltag hos konkrete patienter.

Vi konstaterede, at behandlingsstedet instrukser ikke var tilrettet den nye organisering med sygeplejersker på plejecentre. Ledelsen redegjorde for den generelle oplæring af nye medarbejdere.

På tilsynet konstaterede vi gennemgående mangler i forhold til vurderingen af de problemstillinger eller sundhedsfaglige opgaver, som jævnfør behandlingsstedets instruks skulle have været vurderet af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent på behandlingsstedet. Desuden er det vores opfattelse, at det ikke var muligt for medarbejderne eller vikarer at orientere sig i patientens sundhedsfaglige problemstillinger eller udviklingen af en aktuel problemstilling, når der ikke var fulgt op, vurderet og beskrevet i journalen. Vi vurderer, at den manglende beskrivelse af den nye organisering samt implementering af instruksen udgør en risiko for, at de sundhedsfaglige opgaver ikke udføres af medarbejdere, som har de rette kompetencer, hvilket medfører en risiko for, at alvorlige ændringer og komplikationer i patientens tilstand og behandling bliver overset.

Vi konstaterede desuden i forhold til en konkret patient, at behandlingsstedet ikke havde en tilstrækkelig instruks for hygiejne i forbindelse med procedure for sondeernæring tilgængelig, da der var henvist via et link, der ikke længere virkede. Vi konstaterede hertil, at der ikke var reageret på denne mangel i forbindelse med patientbehandlingen. Vi vurderer, at det indebærer en risiko for patientsikkerheden, da behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer.

Journalføring og sundhedsfaglige vurderinger

Behandlingsstedet havde siden sidste tilsyn arbejdet med at få beskrevet de sygeplejefaglige vurderinger af patientens problemer og risici. De tre nye sygeplejersker skulle fortsætte arbejdet med at foretage systematiske sygeplejefaglige vurderinger og varetage komplekse og ustabile patientforløb. Der blev redegjort for, at kommunes sundhedsfaglige konsulenter foretog audit på udvalgte patientjournaler en gang om måneden, dette sammen med de medarbejdere der var i vagt med henblik på sparring og læring. Ledelsen oplyste, at alle social- og sundhedsassistenter var oplært med generel undervisning og sidemandsoplæring i journalføring.

Vi konstaterede dog, at flere af de oprettede aktuelle problemområder forsat manglede en beskrivelse af den pleje og behandling, som skulle udføres hos patienten. I flere tilfælde var opfølgning og evaluering på pleje og behandling ikke dokumenteret. Manglerne i journalføringen betød, at behandlingsstedet fortsat ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøre for deres opgaver og ansvar i plejen og behandlingen af patienten, herunder hvilke faglige overvejelser der var gjort, hvilken pleje og behandling der var planlagt, samt hvilken pleje og behandling der var udført, eller hvad resultatet var.

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.

Vi har lagt vægt på, at behandlingsstedet ikke havde kendskab til hvilke opgaver og ansvar, de havde i forhold til patientens problemstillinger og den ordinerede behandling, og vi vurderer, at manglerne i journalføringen, generelt var et udtryk for, at vurderingerne ikke var foretaget, og at opfølgningen ikke havde fundet sted.

Dette gjorde sig blandt andet gældende i et tilfælde, hvor behandlingsstedet ikke fulgte den plan, der var lagt i forhold til lægekontakt, da en patients vægt kom under det tilladte og da behandlingsstedet ikke havde håndteret en sundhedsfaglige opgave i en periode på seks dage. Det gjorde sig også gældende, da behandlingsstedet ikke havde udarbejdet en sundhedsfaglig plan for det daglige væskeindtag ved en patient med synkebesvær, som fik sondeernæring, og hvor vi kunne konstatere, at patienten fik mere væske pr. døgn end det diætisten havde foreskrevet.

Vi har særlig lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når behandlingsstedet ikke havde fulgt op og evalueret på en patients afføringsproblematik, når der dagligt var beskrevet observationer i forhold til patientens afføring. Endvidere konstaterede vi ved samme patient, at hygiejnen omkring remedier til brug ved sondeernæring var meget mangelfulde og ikke efterlevede de hygiejniske principper. Vi vurderer, at brug af urene remedier til sondeernæring udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden da det øger risikoen for infektioner, hvis bakterier føres direkte ind i mavesækken eller tarmen. Vi finder det særligt skærpende, at observationerne var beskrevet i gennem halvanden måned, uden personalet havde reageret herpå, og der ikke redegøres for, hvorfor en planlagt sundhedsfaglig vurdering ikke var foretaget.

På baggrund af de mangler der blev konstateret i journalføringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, vurderer vi, at instruks for journalføring ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Vi vurderer, at den manglende implementering indebærer risiko for patientsikkerheden, fordi instruks har til formål at sikre en ensartet og sikker journalføring af patientbehandlingen.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen. Vi konstaterede generelt flere mangler i dokumentation for administration af ikke-dispenserbar medicin. Manglende dokumentation skaber usikkerhed om, hvorvidt patienten har fået den ordinerede medicin og indebærer en risiko for, at medicinen administreres flere gange end ordineret.

Vi har lagt særlig vægt på, at behandlingsstedet ikke havde observeret, at et smertestillende præparat fremgik både som fast og som pn medicin på den lokale medicinliste. Derved var der risiko for, at patienten kunne få en højere dosis end det maksimale anbefalede. Ligeledes vurderer vi, at det udgør en risiko, når antallet af tabletter ikke tælles ved administration med henblik på at sikre overensstemmelse mellem ordination og den udleverede medicin. Vi vurderer, at fejl i medicinhåndteringen kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, og vi finder det er skærpende, at der er tale om en sårbar patientgruppe af ældre med flere kroniske og komplekse sundhedsfaglige problemstillinger.

På baggrund af de mangler, der blev konstateret i medicinhåndteringen, og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, vurderer vi, 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. Instruks 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.

Hygiejne

Vi har lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden når der anvendes engangsudstyr, der bliver benyttet flere gange og rengøres uhensigtsmæssigt. Medicinsk udstyr til engangsbrug er ofte lavet af materiale, der ikke tåler den nødvendige rengøring. Det kan knække, revne eller frigive partikler og udstyret kan indeholde bakterier eller vira fra tidligere brug, som er svære at fjerne ved almindelig rengøring. Det giver en sundhedsmæssig risiko at genbruge medicinudstyr, der er beregnet til engangsbrug og det kan give en potentiel risiko for forværring af patientens tilstand.

Samlet vurdering

Det forhold, at de påviste mangler var gennemgående og vedrørte dokumentation, medicinhåndtering og hygiejne betyder, at styrelsen vurderer, at lovgivningens krav ikke er opfyldte. Manglerne vurderes at have et stort omfang med konkret risiko for patientsikkerheden og vil kræve gennemgribende ændringer for at målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer derfor, at der er tale om kritiske 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.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	• Behandlingsstedet skal sikre, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte arbejds gange. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet er instrueret i de fastlagte arbejds gange for undersøgelse, behandling og pleje, herunder arbejds gange ved eventuelle komplikationer og akutte tilstande. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er retningslinjer/instrukser for ansvars- og kompetenceforhold for de forskellige personalegrupper, herunder for vikarer og studerende. • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen er systematisk, overskuelig, entydig og tidstro. • Behandlingsstedet skal sikre, at de sundhedsfaglige instrukser er fyldestgørende. • Behandlingsstedet skal sikre, at personalet kender og anvender behandlingsstedets sundhedsfaglige instrukser.
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering	• Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at følge op på- og evaluere planlagt pleje og behandling. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er praksis for at planen for pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse	• Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang.

	af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	- Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf. - Behandlingsstedet skal sikre, at der er dokumentation for, at aftaler med den behandlingsansvarlige læge vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol følges
6.	Interview om medicin håndtering	Behandlingsstedet skal sikre at personalet kender og følger behandlingsstedets fastlagte arbejdsgang for medicindispensering og -administration
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	- Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten. - Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem medicinordinationen/ Fælles Medicinkort (FMK) og den aktuelle medicinliste. - Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår. - Behandlingsstedet skal sikre, at medicin er opbevaret korrekt, forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	- Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæsker/-poser. - Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer. - Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, ikke er overskredet. - Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning. - Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin.

10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	• Behandlingsstedet skal sikre at øvrige forhold er håndteret patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt.
-----	---	---

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring		X		Vi kunne ved tilsynet konstatere, at de sundhedsfaglige instrukser ikke var tilrettet efter den nye organisering ved plejecentrene i Aalborg Kommune. Der manglede en beskrivelse af arbejdsgange for sygeplejersker ved plejecentrene samt en beskrivelse af ansvar og kompetence for vikarer og studerende. Behandlingsstedet kunne redegøre for arbejdsgangene. I en journal fremstod den sundhedsfaglige dokumentation ikke systematisk og overskuelig. Notater blev skrevet fortløbende i dagbogsnotater, hvilket gjorde det vanskeligt at følge op og evaluere et behandlingsforløb. Vi konstaterede, at den besluttede journalføringspraksis ikke blev fulgt. Vi konstaterede, at der var en procedure for rengøring af sonderemedier tilgængelige hos relevante patienter. Der var generelt ikke henvist til denne procedure i journalen. På baggrund af de gennemgående mangler i målepunkt 3 og 5 med henblik på vurderinger af den sundhedsfaglige beskrivelse af de 12 sygeplejefaglige problemområder og risici samt dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, vurderer vi, at behandlingsstedet ikke i

					tilstrækkelig grad havde implementeret instruksen for journalføring.
--	--	--	--	--	--

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		På baggrund af interview og de fund, der er beskrevet i målepunkt 3 og 5 og som behandlingsstedet ikke kunne redegøre for under tilsynsbesøget vurderer vi, at der ikke er tale om journalføringsmangler, men utilstrækkelige vurderinger af de sygeplejefaglige problemområder, plan for pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering herpå. Ledelsen oplyste, at der var en praksis for at håndtere de daglige sundhedsfaglige opgaver under hensyntagen til medarbejdernes kompetencer. Vi konstaterede, at behandlingsstedet ikke fulgte arbejdsgangen ved håndtering af sundhedsfaglige opgaver, da der fremkom oplysninger ved journalgennemgangen om, at en sundhedsfaglige opgave ikke var håndteret efter seks dage.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		I alle stikprøver var der flere af patientens problemområder, der ikke var opdateret i forhold til aktuelle sundhedsfaglige vurderinger. Hos en patient med en kompleks problemstilling med synkebesvær, undervægt og sygdom i bevægeapparatet og hvor diætisten havde udarbejdet plan for dagligt væskeindtag samt vurderet, at patienten var vægtstabil. Her konstaterede vi, at patienten fik

					mere væske, end det der var beskrevet af diætisten. Når patienten indtog væske på normalvis, blev dette ikke noteret i et væskeskema. Det var derfor ikke muligt for medarbejderne at udregne døgnets aktuelle væskeindtag og deraf udregne den resterende mængde væske der skulle administreres via sonden pr. døgn. Der manglede en plan for dagligt væskeindtag og en beskrivelse af, hvornår behandlingsstedet skulle reagere på vægtændring. Vi konstaterede, et vægttab og patienten var under-vægtig, men behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvornår det var relevant at reagere på vægtændring og kunne ikke redegøre for det daglige indtag af væske. I en stikprøve var det beskrevet, at det var pårørende, der ledsagede en terminal patient til kontroller på sygehuset. Det fremgik ligeledes, at det var behandlingsstedet, som skulle videregive oplysninger til den pårørende om den aktuelle problemstilling. I journalen manglede der en beskrivelse af, hvilke observationer der var relevante for behandlingsstedet at foretage i forhold til ændringer af tilstanden. Behandlingsstedet redegjorde for, at patienten ikke havde været til kontrol på sygehuset, men kunne ikke redegøre for, hvilke observationer der kunne være relevante at videregive til pårørende inden kontrollen. Hos en patient med sonde i maven, var der ikke beskrevet en problemstilling vedrørende dette. Det var ikke beskrevet hvilke observationer, der var relevante at foretage og hvordan der skulle følges op. Behandlingsstedet kunne redegøre for den daglige pleje ved
--	--	--	--	--	--

					indstiksstedet. I journalen fremgik et link ind til denne fremgangsmåde, men linket var ikke længere tilgængeligt. Der kunne redegøres for relevante observationer og for at der skulle tages kontakt til sundhedsfagligt personale ved ændringer. Hos en patient med en hudsygdom som var i behandling med creme, var det ikke beskrevet, hvordan udslættet så ud, hvor der skulle smøres eller hvordan der skulle følges op. Ved tilsynet blev det klart, at der blev ført dagbogsnotater, så det var svært at få et overblik over det konkrete forløb. Behandlingsstedet kunne redegøre for, hvor der skulle behandles med creme og lægen havde skrevet en korrespondance på aktuel status. I en journal hvor patienten var kendt med flere kroniske problemstillinger, herunder problemer med blodtrykket, fremgik det af journalen, at patienten var svimmel og utilpas. Af en tidligere korrespondance fra lægen var det beskrevet, at behandlingsstedet skulle observere patienten for symptomer med åndenød, svimmelhed og utilpashed, men det kunne ikke fremfindes i journalen. Medarbejderne havde derfor ikke kendskab til denne plan, herunder hvilke symptomer der skulle observeres for.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling,		X		I en journal, hvor patienten var kendt med ernærings- og vægtproblematik samt daglig fik afføringsmiddel, var det beskrevet i flere notater, at patienten dagligt

	opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger				havde tynde afføringer over en periode på 1,5 måned. Det fremgik ikke, at der var foretaget en vurdering eller refleksion i forhold til daglig administration af laksantia. Hos samme patient var der anvendt urene remedier i forbindelse med sondeernæring I journalen fremkom der oplysninger om, at det sundhedsfaglige personale skulle vurdere den konkrete situation fem dage før tilsynet, men dette var endnu ikke udført. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for den konkrete situation og hvorfor den sundhedsfaglige opgave ikke var håndteret samt vurderet. Hos en patient med en ernæringsproblematik, synkebesvær og undervægt fremgik det af journalen, at patienten skulle vejes, men dette var ikke udført siden den 19/5 2026. Der var modsatrettede oplysninger i journalen omhandlende intervallet af vægtmålinger, hvor diætisten havde vurderet vægtmåling en gang om ugen og medarbejderne udførte vægtmåling hver 14. dag. Vi kunne konstatere, at patienten havde haft et vægttab, men det fremkom ikke af journalen, hvilken plan der var lagt i forhold til opfølgning på vægt. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvor ofte patienten skulle vejes og hvorfor der ikke var foretaget vægtmålinger siden den 19/5. Hos en anden patient med en ernærings-, smerte- og afføringsproblematik fremgik det af journalen, at ved en vægt under 65 kg skulle der tages lægekontakt. I problemområdet var det beskrevet, at patientens aktuelle vægt var 67,3 kg, men ved vægtregistrering den 15/6 2026 var der registreret en
--	---	--	--	--	--

					vægt på 62,4 kg. Der manglede opfølgning på vægttabet. Der var ikke taget kontakt til lægen, men syv dage senere var der opstartet en registrering af kost og væske indtag. Det fremgik ikke af journalen, hvilken behandlingsplan der var lagt, eller om der var foretaget en faglig vurdering af hvilke observationer, der var relevante at foretage i den forbindelse. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for hvilke faglige vurderinger der var foretaget eller hvilken behandlingsplan der var lagt i forhold til opstart af kostregistrering. Hos en patient, der fik stærk smertestillende medicin ved behov, fremgik det af journalen, at det var administreret flere gange, men enkelte gange manglede evaluering af effekten heraf. Behandlingsstedet redegjorde for, at patienten ikke længere fremstod med smerter.
--	--	--	--	--	--

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering		X		Behandlingsstedet havde en instruks for medicinhåndtering. På baggrund af manglerne i medicinhåndteringen vurderer vi, at instruksen ikke var implementeret på behandlingsstedet.
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister		X		I en stikprøve var der uoverensstemmelse mellem medicinordinationen på FMK og den aktuelle medicinliste. På den lokale medicinliste fremgik en ordination på smertestillende medicin både som en pn ordination og fast ordination, hvilket gav risiko for, at

					patienten fik en højere dosis end anbefalet. I en stikprøve var et flydende præparat anført på medicinlisten til at være i tabletform. I tre stikprøver manglede der flere steder dokumentation for, hvornår og hvem der havde administreret flere ikke-dispenserbare præparater. I tre stikprøver var medicinlisten i flere tilfælde ikke opdateret med det korrekte handelsnavn.
8.	Håndtering og opbevaring af medicin		X		I fire stikprøver manglede der anbrudsdato på flere præparater med begrænset holdbarhed efter åbning. I en stikprøve var der uoverensstemmelse mellem antallet af tabletter på den lokale medicinliste og FMK. Det fremgik af den lokale medicinliste, at der kl. 15 skulle være tre tabletter i dosisposerne, men der lå fire tabletter. Behandlingsstedet havde ikke reageret herpå. Vi kunne konstatere via FMK at patienten havde fået den korrekte dosis. I to stikprøver havde flere remedier til anvendelse ved sondeernæring overskredet holdbarhedsdatoen. • chanetsprøjte udløbet 3. måned 2026 • spritswaps udløbet 11. måned 2024 • plastre udløbet 2023 • En kasse med 2 ml sprøjter udløbet 2024 I en stikprøve var der i posen med seponeret medicin et smertestillende præparat som havde overskredet holdbarhedsdatoen januar 2025 og der var løse tabletter i ikke aktuel medicin.

					I anden stikprøve var der en lille brun kuvert med løse smertestillende tabletter. Der manglede angivelse af holdbarhed samt styrke og dosis. I fire stikprøver manglede patientens navn på flere håndkøbspræparater I en stikprøve manglede patientens navn og personnummer på tre dispenseringsæsker.
--	--	--	--	--	--

Overgange i patientforløb

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb	X			

Øvrige fund

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici		X		I fire tilfælde konstaterede vi, at engangssprøjter blev genanvendt efter rengøring, men at disse samt beholdere til anvendelse i forbindelse med sondeernæring fremstod urene med sorte pletter, fedtaflejringer og medicinrester. Remedierne var våde og blev opbevaret på urene viskestykker til tørring. Ledelsen oplyste, at de hurtigst muligt ville oplære medarbejderne til at anvende engangsudstyr, som skulle kasseres efter brug.

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Fremtidens Plejehjem er et kommunalt plejehjem beliggende i Aalborg Kommune.
- Der er 75 boliger fordelt på fire etager på Fremtidens Plejehjem med aktuelt 76 pladser besat, da der bor flere ægtepar.
- Der arbejder ca. 84 medarbejdere på Fremtidens Plejehjem fordelt på 24 social- og sundhedsassistenter, ca. 50 social- og sundhedshjælpere og tre sygeplejersker.
- Fremtidens Plejehjem samarbejder bl.a. med kommunes udekørende sygeplejersker, praktiserende læger samt vagtlæger.
- De sundhedsfaglige opgaver består primært af medicinhåndtering, observationer i forbindelse med medicinsk behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse den 17. juni 2026.

Styrelsen for Patientsikkerhed gav Fremtidens Plejehjem et påbud den 28. november 2025 om straks at sikre:

1. tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af sundhedsfaglige opgaver.
2. systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom.

Vi foretog et reaktivt tilsyn den 7. maj 2026 for at følge op på påbuddet. Inden vi havde afsluttet sagen modtog vi den 17. juni 2026 en bekymringshenvendelse omhandlende personalets manglende kompetencer og sundhedsfagligt ansvar i forhold til sygeplejefaglige vurderinger, opfølgning og evaluering af patientens pleje og behandling.

Vi foretog på den baggrund et uvarslet tilsyn den 23. juni 2026 med henblik på at vurdere om påbuddet af 28. november 2025 kunne ophæves eller om der var grundlag for yderligere sanktioner.

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 sundhedsfaglig instruks for journalføring.

- Der blev gennemgået tre journaler den 24. juni 2026, som blev udvalgt på tilsynsbesøget.
- Der blev gennemgået medicin for seks patienter den 23. juni 2026, som blev udvalgt på tilsynsbesøget.

Ved tilsynet og afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Dorthe Faih Jensen, plejehjemsleder
- Amanda Christensen, assisterende leder
- Camilla Niebuhr, assisterende leder
- En social- og sundhedsassistent
- En sygeplejefaglig kvalitetskoordinator
- En konsulent, kvalitet og innovation

Tilsynet blev foretaget af:

- Britta Futtrup Sørensen, oversygeplejerske
- Jane Filtenborg Bjerregaard, 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.