

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: 24-09-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-24875



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten. Vi vurderer ud fra tilsynsbesøget at der ikke er grundlag for at opretholde påbuddet af den 19. juni 2026, som vi derfor har ophævet. Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **24-09-2026** vurderet, at der på **Ok-Fonden Gurli-Vibeke** er:

Mindre 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

Siden sidste tilsyn var processen med metodeopdateringen af journalføringssystemet afsluttet og der var iværksat undervisning og sidemandsoplæring heri. Der var fastsatte tidsrum for dokumentationstid, så medarbejderne havde den fornødne tid til dokumentation. Kontaktpersonerne for de enkelte patienter havde siden sidste tilsyn gennemgået alle journalerne, og der var iværksat en fremadrettet proces med løbende ugentlige audits på udvalgte journaler ved sygeplejersken.

Ved journalgennemgangen konstaterede vi enkeltstående og spredte mangler i de sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning på iværksat pleje og behandling. På baggrund af den samlede journalgennemgang vurderer vi dog, at journalføringen overordnet fremstod med systematiske beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger og risici, den iværksatte pleje og behandling samt opfølgning. Ligeledes fremgik der aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning, hvor det var relevant. Det var nu tydeligt beskrevet, hvordan patienternes problemområder kom til udtryk, og hvilke opgaver og ansvar behandlingsstedet havde i forhold til den iværksatte pleje og behandling.

Vi vurderer, at behandlingsstedet nu havde sikret systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgninger, ligesom der var sikret en tilstrækkelig journalføring og implementering af instruksen.

Medicinhåndtering

Behandlingsstedet havde på baggrund af sidste tilsyn implementeret nye lokale arbejdsgange for dispensering, så det nu var en vanlig praksis, at dispensering af medicin skulle foregå i et stillerum, og at dispenseringen altid skulle tælles efter af en medarbejder med kompetence til dispensering. Der var blevet lavet nye opsætninger i journalføringssystemet som sikrede, at medarbejdere blev opmærksomme på, hvis ikke-dispenserbar medicin ikke var blevet administreret. Der var ligeledes udpeget en medicinkaptajn i

hver vagttag, som havde ansvaret for at følge op på den generelle medicinhåndtering i vagten. De nye arbejdsgange var blevet nedskrevet i en lokal instruks for behandlingsstedet. Vi konstaterede ikke nogen mangler i behandlingsstedets medicinhåndtering. Vi vurderer på den baggrund, at behandlingsstedet havde sikret en forsvarlig medicinhåndtering og implementeret instruksen herfor.

Indhentelse af informeret samtykke

Behandlingsstedet havde fået en fastlagt arbejdsgang for at vurdere patienternes samtykkekompetence og journalføre hvem der gav det stedfortrædende samtykke i de tilfælde, hvor patienterne var inhabile. Ved journalgennemgangen konstaterede vi, at behandlingsstedet i begge tilfælde havde fulgt deres fastlagte praksis, og vi vurderer derfor, at behandlingsstedet havde sikret et tilstrækkeligt grundlag for at kunne indhente et informeret samtykke i de tilfælde, hvor det var relevant.

Samlet vurdering

Det er vores samlede vurdering, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi vurderer, at der er tale om enkeltstående og spredte mangler, som er et udtryk for, at behandlingsstedet fortsat er i en implementeringsproces. Vi vurderer, at behandlingsstedet vil være i stand til at fortsætte implementeringsprocessen ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet og ved at følge vores henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

Num mer	Navn	Henstillinger
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 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.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar	X			Opfyldt ved tilsynet den 23. april 2026

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring	X			
3.	Indhold, form og sprog i journalen	X			
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			

Faglige fokuspunkter

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		I et tilfælde manglede der en opdateret beskrivelse af hvilken plan der var lagt for patientens vægtmålinger på baggrund af en vægtøgning. Behandlingsstedet kunne redegøre hvilke tærskelværdier der var fastsat for patientens vægt. I et tilfælde manglede der en beskrivelse af hvilken opfølgning der

					var foretaget af en væskeregistrering over flere dage. I journalen fremgik der ikke en systematisk opfølgning på patientens daglige væskeindtag. Behandlingsstedet redegjorde for hvilken opfølgning der var foretaget og hvilke tiltag der var iværksat på den baggrund. Journalen indeholdte i den forbindelse en beskrivelse af de nye tiltag. I et tilfælde manglede der en beskrivelse af, om der var fulgt op på, at patienten havde haft øget slim i halsen og kastet op. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for om opfølgningen havde fundet sted.
--	--	--	--	--	---

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Instruks for medicinhåndtering	X			
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter	X			
8.	Medicinlister	X			

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			Opfyldt ved tilsynet den 23. april 2026

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssi ge risici			X	

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 plejhjemslæge, som kommer fast hver uge.

Begrundelse for tilsyn

- Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 23. april 2026 et påbud til Gurli-Vibeke om straks at sikre:
 - Forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instrukser herom.
 - Systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgninger herpå.
 - Tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af en tilstrækkelig instruks herom.
 - Systematisk indhentelse af tilstrækkeligt informeret samtykke.

Tilsynet var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

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 blev udvalgt på tilsynsbesøget.
- Der blev gennemgået medicin for tre patienter.

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 23. april 2026:

- Instrukser for journalføring og medicinhåndtering
- Sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning
- Journalføring
- Informeret samtykke

- Medicinhåndtering

Ved tilsynet deltog:

- Anne Mulberg Dahl, chef
- Pia Kristensen, afdelingsleder
- Laila Jørgensen, teamleder
- En social og sundhedsassistent/Marte Meo Terapeut
- To sygeplejersker
- En kvalitetskonsulent fra OK-Fonden

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*.