Tilsynsrapport
Borgerteam 3 - Ugelbølle Vest

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Borgerteam 3 - Ugelbølle Vest
Hovedgaden 75B
8410 Rønde

CVR- nummer: 29189978 **P-nummer:** 1016719540 **SOR-ID:** 1303431000016008

Dato for tilsynsbesøget: 26-05-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-24131

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget materiale i form af en handleplan, hvor der beskrives iværksatte tiltag med undervisning af medarbejdere, følgedage med kvalitetsansvarlige sygeplejersker og fokus på dokumentation samt gennemgang af alle journaler. Der er inden sommerferien gennemført opfølgende undervisning for alle medarbejdere i medicinhåndtering ud fra deres ansvar og kompetence-område. Ledelsen inddrages og har fokus på at finde løsninger på de opståede ressourceudfordringer i forbindelse med omplacering af sundhedsfaglige opgaver.

Vi anerkender, at Borgerteam 3 – Ugelbølle Vest har iværksat tiltag med henblik på at rette op på sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå samt medicinhåndtering. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 3. juli 2026 givet Borgerteam3 – Ugelbølle Vest et påbud om at sikre:

1. Forsvarlig medicinhåndtering, herunder implementering af instruksen herom, fra den 3. juli 2026.

2. Systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for:
• Ny-visiterede patienter fra den 3. juli 2026.
• Patienter i aktuel behandling inden den 10. juli 2026.

3. Udarbejdelse og implementering af tilstrækkelige instrukser for
personalets ansvar og kompetencer og tilstrækkeligimplementering af instruksen for journalføring fra den 3. juli 2026.

4. Overlevering af nødvendige oplysninger til andre behandlingssteder, fra den 3. juli 2026.

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 **26-05-2026** vurderet, at der på **Borgerteam 3 - Ugelbølle Vest** 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

Ledelsen oplyste ved tilsynet, at der manglede ansættelse af fast personale, og at der var ca. fem vakante stillinger. Ledelsen oplyste, at på baggrund af de manglende faste medarbejdere, blev der benyttet eksterne vikarer, da de kendte timelønnede vikarer indgik i den daglige planlægning. Medarbejderne oplyste, at der i den daglige planlægning manglede oplært personale til at varetage pleje og behandling. Medarbejderne oplyste, at det var ressourceplanlægger, der overordnet planlagde dagens opgaver, men at personalet tværfagligt skulle justere dagen på plads alt efter hvilke kompetencer de forskellige sundhedsfaglige opgaver krævede.

Vi fik oplyst, at der grundet tidspres ikke konsekvent blev opdateret oplysninger om patientens pleje og behandling i forbindelse med overflytning til sygehus. Derved var det ikke sikret, at sygehuset havde alle relevante oplysninger om patientens aktuelle status, iværksat pleje og behandling forud for indlæggelsen. Hvilket kan medføre en risiko for, at patienten ikke modtager den rette behandling, når der er mangelfulde beskrivelser i vurderingen, opfølgning og evaluering på patientens aktuelle problemstillinger. Vi konstaterede, at der aktuelt ikke var det nødvendige samarbejde med ressourceplanlægger og ledelsen omkring den daglige planlægning og prioritering af opgaver.

Vi vurderer derfor, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når ledelsen ikke har sikret, at de sundhedsfaglige opgaver bliver varetaget af personale med de nødvendige kompetencer. Ledelsen oplyste, at det var områdelederen, der fungerede som daglig leder, men der den 1. juni 2026 var ansat en teamleder, som skulle være tilstede i teamet dagligt og understøtte medarbejderne.

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 og eller udviklingen af en aktuel problemstilling, når det ikke var vurderet og beskrevet i journalen. Vi vurderer, at den manglende 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.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring
Behandlingsstedet oplyste, at der på daglig basis blev arbejdet med kompetenceudvikling i praksis ved følgeskab og sidemandsoplæring i dokumentation.

Vi konstaterede dog, at behandlingsstedets instruks for journalføring ikke var tilstrækkeligt implementeret, idet det blev oplyst, at journalerne ikke systematisk blev sikret opdateret med sygeplejefaglige vurderinger forud for indlæggelse af patienterne på sygehus.

Ved journalgennemgang fremstod den sundhedsfaglige dokumentation ikke systematisk og med de nødvendige beskrivelser af patienternes problemstillinger, sygdomme, funktionsnedsættelser, den iværksatte pleje og opfølgning samt aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning på patienternes sygdomme.

Beskrivelsen af den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemstillinger, aftaler med lægen samt hvordan der skal følges op herpå, udgør grundlaget for den pleje, behandling, opfølgning og evaluering, der skal foretages hos den enkelte patient og tydeliggøre, hvem der har ansvaret herfor. Dette har betydning for, at personalet kan reagere på ændringer i patienternes tilstande, samt foretage en rettidig opfølgning og evaluering af den igangværende pleje og behandling.

Vi har lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når et behandlingssted ikke har kendskab til hvilke opgaver og ansvar, de har 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, at opfølgning ikke havde fundet sted, og at der ikke var indgået aftaler med behandlingsansvarlig læge om den iværksatte behandling, opfølgning og kontrol.

Dette gjorde sig blandt andet gældende i et tilfælde, hvor behandlingsstedet ikke havde vurderet patientens problemstilling i relation til demens og antipsykotisk medicin. Vi vurderer, at manglende kendskab til patientens problemstillinger i relation til behandling med antipsykotiske medicin udgør en særlig risiko for patientsikkerheden, idet lægemidlet kræver særlige observationer, hyppigere kontrol og er forbundet med øget risiko for alvorlige bivirkninger, fejl og utilsigtede hændelser, som kan få konsekvenser for patientens helbred. Det er vores opfattelse, at et behandlingssted, som har ansvaret for medicindispensering, også har et ansvar for at sikre en samlet faglig vurdering af patientens helbredssituation og evne til at varetage den ordinerede behandling, som fx selvadministrerende. Vi vurderer også, at behandlingsstedet har pligt til at reagere og orientere eller efterspørge mangler hos den behandlingsansvarlige læge, når de vurderer, at patienten ikke er i stand til at varetage opfølgning og kontrol, for at sikre tydelige aftaler om, hvilke opgaver og ansvar behandlingsstedet har for observationer, opfølgningen og kontrol.

Medicinhåndtering
Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen. Vi konstaterede bl.a. manglende dokumentation 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. Desuden har vi lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når den ordinerede medicin ikke findes i patientens beholdning, så der kan opstartes behandling og derved risikere unødvendig forværring i patientens tilstand.

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

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.

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
1.	Organisering og ledelsens ansvar	• Behandlingsstedet skal sikre, at der bliver ført tilsyn med, at arbejdet udføres efter de fastlagte arbejdsgange og eventuelle skriftlige instrukser. • Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage behandlingsstedets sundhedsfaglige opgaver.
2.	Instruks for journalføring	• 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	• Behandlingsstedet skal sikre, at der lægges en plan for patientens pleje og behandling ud fra patientens aktuelle problemer og risici. • Behandlingsstedet skal sikre, at evaluering og opdatering af planen for pleje og behandling journalføres. • Behandlingsstedet skal sikre, at patienten vurderes ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder. • Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer. • Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling journalføres. • Behandlingsstedet skal sikre, at vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder 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.

6.	Instruks for medicinhåndtering	• 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 den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning. • 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. • Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, ikke er overskredet.
8.	Medicinlister	• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten. • Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.
9.	Overgange i patientforløb til og fra primærsektor (plejecentre, hjemmepleje, bosteder med videre)	• Behandlingsstedet skal sikre, at der bliver overleveret oplysninger om igangværende pleje og behandling, herunder medicinsk behandling, samt begrundelse for overflytning til eller fra primærsektor. • Behandlingsstedet skal sikre, at der ved modtagelse af patienter fra sygehus eller andet behandlingssted bliver fulgt op på observationer, undersøgelser og behandlinger, som er iværksat inden overflytningen.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar		X		Behandlingsstedet redegjorde for, at de havde en instruks for delegering og overdragelse af sundhedsfaglige opgaver på tværs af faggrupper på behandlingsstedet. På baggrund af de konstaterede mangler ved journalgennemgang vurderer vi, at arbejdsgangen ikke var efterlevet i praksis, da der ikke var foretaget relevante og løbende vurderinger af ændringer i patientens tilstand. Fx var der modsatrettet oplysninger i en journal omhandlende soignering af et topkateter. Det var kommunens retningslinje, at sygeplejerskerne skulle vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder, men ved tilsynet fremkom der flere problemområder, der ikke var taget fagligt stilling til. Desuden var sygeplejersker og social-og sundhedsassistenter forløbsansvarlig for patienter i vedligeholdende forløb, hvilket betød, at sygeplejersker og eller social- og sundhedsassistenter skulle følge op på ændringer og opdatere journalen. Medarbejderne oplyste, at det ikke altid var muligt at foretage opfølgning, da sygeplejersken/social-og sundhedsassistenten ofte havde flere forskelligartede sundhedsfaglige opgaver, opringninger fra kollegaer og akutte opgaver, der skulle varetages. Dermed var det ikke sikret, at sundhedsfaglige opgaver blev varetaget af personale med de nødvendige kompetencer.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring		X		Behandlingsstedet havde en instruks for journalføring. På baggrund af fundene i målepunkt 9 vurderer vi, at instruksen ikke var tilstrækkeligt implementeret på behandlingsstedet.
3.	Indhold, form og sprog i journalen	X			
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			

Faglige fokuspunkter

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer

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		Hos en patient med flere problemstillinger var det gennemgående, at det ikke fremgik af journalen, om der var foretaget en faglig vurdering af patientens aktuelle problemstillinger og ricisi. Det fremgik af medicinlisten at patienten var i behandling med smertestillende medicin ved behov, men denne problemstilling var ikke beskrevet. Det fremgik ikke, hvordan smerterne kom til udtryk eller om der var foretaget faglige vurderinger af hvilke observationer, der var relevante for personalet at foretage i den forbindelse. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for smerteproblematikken. Ligesom de ikke kunne redegøre for relevante observationer. I journalen var der beskrevet, at patienten havde nedsat hukommelse, men det fremgik ikke, hvordan det kom til udtryk, eller om der var foretaget en faglig vurdering af hvilke observationer, der var relevante for personalet at foretage i den forbindelse. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvordan den nedsatte hukommelse kom til udtryk. Ligesom de ikke kunne redegøre for om det var noget der skulle følges op på eller foretages observationer i forbindelse med. Patienten var kendt med gentagne urinvejsinfektioner, men det fremgik ikke hvilke symptomer patienten fremstod med ved tegn på infektion, og hvordan personalet skulle handle eller observere. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for patientens symptomer eller hvilke observationer, der var relevante at foretage.

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					I en journal var der den 21/5 2026 taget et billede af indstiksted fra topkateter, og den 22/5 2026 var der beskrevet gul sekret ved indstikstedet til topkateter, men det fremgik ikke af journalen, om der var foretaget en opfølgning på problemstillingen. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for behandlingsplanen, da der var modsatrettede oplysninger i journalen om, hvordan behandlingen skulle udføres. En patient var i behandling med flere typer afføringsmiddel, men der var ikke beskrevet en problemstilling vedrørende dette. Det var ikke beskrevet, hvornår hvilket præparat skulle anvendes eller hvordan, der skulle følges op. Det fremgik af et observationsnotat den 10/5 2026, at patienten havde problemer med at komme af med afføring, men det fremgik ikke af journalen, om der var fulgt op på sitautionen. I journalen den 14/5 2026 havde patienten fået pn medicin for mavetarm problematik, men det fremgik ikke, om der var fulgt op på effekten. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for sitautionen Der manglede generelt dokumentation for aftaler med behandlingsansvarlig læge vedrørende patientens behandling, opfølgning og kontrol. Behandlingsstedet kunne redegøre for den generelle arbejdsgang, når journalen blev oprettet, men denne var ikke fulgt. Hos en patient med demens, angst problematik og som var i behandling med antipsykotisk medicin, samt var

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					i behandling for hjerteproblematik, forhøjet blodtryk og i behandling med medicin for kolesterol, manglede der faglige vurderinger af de aktuelle problemstillinger og risici. Det fremgik ikke, om der var iværksat pleje og behandling eller foretaget opfølgning på patientens tilstand. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, at der var foretaget faglige vurderinger i forhold til patientens problemstillinger og de havde ikke forholdt sig til, hvilke opgaver og ansvar de havde i relation til disse problemstillinger. Journalen manglede også beskrivelser af hvilke aftaler, der var indgået med den behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for aftalerne.

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Instruks for medicinhåndtering		X		Behandlingsstedet havde en instruks for medicinhåndtering. På baggrund af manglerne i medicinhåndteringen vurderer vi, at instruksen ikke var implementeret på behandlingsstedet.

7.	Medicinbeholdning og sterile produkter		X		I en stikprøve var der medicinsk creme med begrænset holdbarhed, som manglede korrekt mærkning med patientens navn og anbrudsdato samt dato for udløb, som det var beskrevet i instruksen for medicinhåndtering. I en medicinbeholdning manglede der smertestillende medicin og antihistamin som patienten fik ved behov.
8.	Medicinlister		X		I en stikprøve manglede der to kvitteringer på en uge for, hvem der havde administreret ikke-dispenserbar medicin og hvornår. En medicinliste var ikke opdateret med angivelse af det aktuelle handelsnavn på 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		Ved interview redegjorde medarbejderne for, at der grundet tidspres ikke konsekvent blev opdateret oplysninger om patientens pleje og behandling i forbindelse med overflytning til sygehus. Behandlingsstedet redegjorde for den generelle praksis for, hvordan de sikrede, at relevante oplysninger om patienternes tilstand, pleje og behandling samt opfølgning og kontrol blev modtaget og overdraget mellem samarbejdspartnere ved overgange i patientforløbene til og fra sygehuset.

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Borgerteam 3 er et team i Syd Djurs kommune, der yder hjælp til personlig pleje og praktisk bistand samt varetager sundhedsfaglige opgaver.
- Der er tilknyttet ca. 100 borgere.
- Der er to teams i Rønde, hvor der er 23 medarbejdere ansat fordelt på følgende faggrupper: 2 sygeplejersker, 2 social- og sundhedsassistenter, 11 social- og sundhedshjælpere, 8 ufaglærte. Der er 5 vakante stillinger. Der er ca. 10 timelønnede vikarer og der benyttes eksternt vikarbureau.
- Der samarbejdes blandt andet med praktiserende læger, sygehuse, udskrivelseskoordinator i kommunen, lokalpsykiatrien, rehabilitering med mere.
- De sundhedsfaglige opgaver består 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.

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 gennemgået to journaler, som var udvalgt på forhånd.
- Der blev gennemgået medicin for to borgere.

Ved tilsynet deltog:
- Anette Bay Ladefoged, Klyngeleder i Vest og fungerende teamleder i team 3+4
- To udvalgte sundhedsfaglige medarbejdere
- To Kvalitetsansvarlige medarbejdere klynge Vest
- Irene Christiansen, Teamleder klynge Øst
- Kvalitetsansvarlig klynge Øst
- Kvalitetsansvarlig klynge Midt
- Kommunens sundhedsfaglige konsulent

Tilsynet blev foretaget af:
- Jane Filtenborg Bjerregaard, oversygeplejerske
- Herdis Jespersen, 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*.