



# Tilsynsrapport

## Plejecenter Margrethelund

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Plejecenter Margrethelund  
Margrethelund 6  
9330 Dronninglund

CVR- nummer: 29189501 P-nummer: 1003377022 SOR-ID: 964861000016006

Dato for tilsynsbesøget: 04-11-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-21416



# 1. Vurdering

---

## Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale til de faktuelle oplysninger i tilsynsrapporten.

Vi har på baggrund af tilsynsbesøget ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af 29. august 2025. Vi vil derfor foretage yderligere opfølgning over for Plejecenter Margrethelund.

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 **04-11-2025** vurderet, at der på **Plejecenter Margrethelund** er:

### Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview samt gennemgang af journaler og medicinlister ved det aktuelle tilsyn.

Ved tilsynet kunne vi konstatere, at Margrethelund havde arbejdet med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Der havde været særligt fokus på fyldestgørende journalføring og dokumentation af ikke-dispenserbar medicin.

### Instrukser

Behandlingsstedet kunne nu redegøre for fastlagte arbejdsgange ved eventuelle akutte tilstande, og der var udarbejdet lommekort til medarbejderne med instrukser til korrekt håndtering.

På baggrund af de mangler der blev konstateret ved journalføring og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis vurderer vi, at instruks for journalføring fortsat ikke var implementeret i tilstrækkelig grad. Manglende implementering af sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruks har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal instruks for journalføring forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unkladelse eller forkert udførelse kan medføre en risiko for patienten.

### Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Vi konstaterede, at behandlingsstedets journalføring ikke i tilstrækkeligt og nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle problemer og risici. Der var fortsat flere af de aktuelle problemområder og risici, som ikke var fagligt vurderet eller fyldestgørende beskrevet. Flere af oplysningerne kunne fremfindes i

udskrivelsesrapporter fra sygehuset eller korrespondancemeddelelser, men disse blev ikke konsekvent anvendt og relevante oplysninger blev ikke ført over i journalen.

Vi vurderer, at manglerne i journalerne gav risiko for manglende observationer, utilstrækkelig pleje og behandling. Den manglende journalføring rummer ligeledes en risiko for patientsikkerheden, med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation. Endvidere vurderer vi, at der er risiko for, at patienterne ikke bliver tilstrækkeligt behandlet, når behandlingsstedet ikke følger egen praksis i forhold til ændringer i patienternes tilstande, samt laver opfølgning og evaluering på den planlagte pleje og behandling. Vi vurderer ligeledes, at manglerne i beskrivelse af aktuell pleje og behandling samt opfølgning og evaluering ikke alene kan henføres til manglende journalføring men var et udtryk for at behandlingen eller opfølgningen herpå ikke var foretaget..

### **Medicinhåndtering**

Siden sidste tilsynsbesøg var der arbejdet konsekvent på at dokumentere dispensering af ikke-dispenserbar medicin. Vi konstaterede, at denne praksis nu blev fulgt og der blev ikke fundet mangler i denne dokumentation.

### **Samlet vurdering**

Vi anerkender, at Margrethelund havde arbejdet med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden siden sidste tilsynsbesøg. Vi vurderer dog, at der fortsat er mangler i de sygeplejefaglige vurderinger og dokumentationen. Manglerne vurderes fortsat, at have et større omfang og vi vurderer, at der stadig 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.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at arbejdet udføres i overensstemmelse med de fastlagte arbejdsgange.</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for, at identificere og vurdere de 12 sygeplejefaglige problemområder.</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at foretage en revurdering af patientens aktuelle problemer og risici ved ændringer i patientens tilstand.</li> </ul>
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre at patientens aktuelle problemer og risici er journalført i nødvendigt omfang.</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre at beskrivelsen af patientens aktuelle problemer og risici opdateres ved ændringer i patientens tilstand.</li> </ul>
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.</li> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol.</li> </ul>
9.	Interview om overgange i patientforløb	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlingsstedet skal sikre, at der ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren, er fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling modtages og anvendes.</li> </ul>

<b>Num mer</b>	<b>Navn</b>	<b>Krav</b>
		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ledelsen skal sikre, at personalet kender og anvender de fastlagte arbejdsgange for, hvordan oplysninger om patientens tilstand, pleje og behandling modtages og anvendes ved modtagelse fra sygehus og behandlingssteder i primærsektoren.</li></ul>

## 3. Fund ved tilsynet

### Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring		X		På baggrund af de gennemgående mangler i journalerne jf. målepunkt 3, 5 og 9 vurderes det, at behandlingsstedet ikke havde implementeret instruksen for sundhedsfaglig journalføring i tilstrækkelig grad.

### Journalføring

Nummer	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 de fund, der er beskrevet i målepunkt 3, 5 og 9 og som der ikke kunne redegøres for under tilsynsbesøget, vurderer vi, at der ikke alene er tale om journalføringsmangler, men om utilstrækkelige vurderinger af de sygeplejefaglige problemområder.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder		X		I en journal fremgik det, at patienten havde dysfagi, men der manglede en beskrivelse af, hvordan problemstillingen kom til udtryk og hvordan personalet skulle håndtere denne. Det fremgik af ergoterapeutens dysfagi udredning, at patienten spiste almindelig kost og havde coping-strategier til håndtering af problemet, men dette var ikke fyldestgørende beskrevet i den sygeplejefaglige vurdering.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					<p>I en journal manglede en beskrivelse af patientens problemstilling omkring lungefunktion og KOL. Det fremgik af udskrivningsrapport, at patienten havde KOL og var i udredning for lungecancer med tendens til ophobning af væske på lungerne. Der manglede en beskrivelse i journalen af, hvordan problemet kom til udtryk og hvilke observationer, der skulle foretages. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, hvordan de skulle observere og hvordan patientens symptomer kom til udtryk.</p> <p>Hos en patient med en demensdiagnose manglede en beskrivelse af patientens adfærd i forhold til risikovurdering ved ændret adfærd. Behandlingsstedet kunne redegøre for tiltag ved ændret adfærd, men det var ikke journalført.</p> <p>Hos en patient med hukommelsesmæssige problemer, manglede en beskrivelse af problemstillingen og relevante observationer. Behandlingsstedet havde ikke kendskab til om de skulle foretage observationer omkring denne problemstilling.</p> <p>Hos en patient, som fik afføringsmiddel ved behov og hvor der var ført afføringsskema i to dage, manglede en beskrivelse af problemstillingen samt hvordan denne kom til udtryk. Personalet oplyste, at patienten selv gik på toilettet og bad om afføringsmiddel ved behov.</p>
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens	X			Målepunktet var opfyldt ved tilsynet den 24. juni 2025.

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
	sygdomme og funktionsnedsættelser				
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger		X		Hos en patient, der for nylig var opstartet behandling med antipsykotisk medicin, fremgik det ikke af journalen, hvilken plan der var lagt og hvordan der skulle følges op herpå. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for den aktuelle pleje og behandling, opfølgning og evaluering.

## Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering	X			Målepunktet var opfyldt ved tilsynet den 24. juni 2025.
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	X			
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	X			Målepunktet var opfyldt ved tilsynet den 24. juni 2025.

## Overgange i patientforløb

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb		X		Behandlingsstedet kunne redegøre for en fastlagt arbejdsgang, der sikrede, at relevante oplysninger omkring patientens tilstand, pleje og behandling blev modtaget og anvendt. Ved journalgennemgang konstaterede vi, at relevante og nødvendige oplysninger fra sygehuset og praktiserende læge



Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					ikke konsekvent blev ført over i journalen. Dermed var det vanskeligt at få et fyldestgørende og retvisende billede af patienternes aktuelle pleje og behandling samt opfølgning og evaluering.

## Øvrige fund

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

# 4. Baggrundsoplysninger

---

## Oplysninger om behandlingsstedet

- Plejecenter Margrethelund er et kommunalt plejecenter i Brønderslev Kommune.
- Plejecenter Margrethelund har otte afdelinger, hvoraf to er midlertidigt lukket pga. ombygning. På tilsynstidspunktet var der 16 aflastningspladser, 32 almene pladser og 20 demenspladser samt en demens aflastningsplads.
- Der er ansat 52 faste medarbejdere og 25 timelønnede afløsere fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger og ufaglærte. Der benyttes derudover eksterne vikarer ved behov.
- Der er sygeplejersker til stede i dagtimerne på hverdage og social- og sundhedsassistenter i alle vagtlag. Ved behov kan den kommunale hjemmesygepleje tilkaldes.

## Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af et tidligere tilsyn den 24. juni 2025. Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af tilsynsbesøget den 24. juni et påbud til Margrethelund om at sikre:

1. forsvarlig medicin håndtering, herunder implementering af instruks herom.
2. systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
3. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom.
4. implementering af instruksen for akut opstået sygdom.

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](http://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 blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicinlister for to patienter

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 24. juni 2025:

- Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring
- Medicinlister og kvittering for administration af ikke-dispenserbar medicin
- Implementering af instrukser

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Susanne Erlandsen, områdeleder
- Britta Reiche Berthelsen, plejecenterleder
- Cecilie Løt Jørgensen, assisterende leder
- Marie Louise Ranzau, assisterende leder
- Fire udvalgte medarbejdere
- Susanne Fløche, konsulent

Tilsynet blev foretaget af:

- Sussi Albrechtsen, 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](http://www.stps.dk) under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.