

Tilsynsrapport

SCN - Røjlevej hus 1

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

SCN - Røjlevej hus 1
Røjlevej 100
4684 Holmegaard

CVR- nummer: 29189625 **SOR-ID:** 1434371000016002

Dato for tilsynsbesøget: 20-01-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-22829



1. Vurdering

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **20-01-2026** vurderet, at der på **SCN - Røjlevej hus 1** er:

Ingen 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 siden sidste tilsyn, havde udarbejdet og implementeret en tilstrækkelig instruks for akut opstået sygdom herunder fund af livløs patient.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Siden sidste tilsyn havde behandlingsstedet iværksat en målrettet og systematisk indsats for at sikre en tilstrækkelig sundhedsfaglig journalføring. Der var gennemført undervisning af alle medarbejdere samtidig med, at der var implementeret forenklingen af FællesSprog III i den sundhedsfaglige dokumentation.

Vi vurderer, at journalføringen nu fremstod systematisk og overskuelig. Den faglige vurdering af patienternes aktuelle problemer og risici og opfølgningen på den aktuelle pleje og behandling var fyldestgørende beskrevet. Det fremgik tydeligt, hvilke opgaver og ansvar personalet havde, og hvilke observationer der skulle foretages. Ligeledes var aftalerne med den behandlingsansvarlige læge om den iværksatte pleje og behandling beskrevet i nødvendigt omfang.

På den baggrund vurderer vi, at behandlingsstedet havde sikret, at instruksen for journalføring var implementeret i det daglige arbejde.

Medicinhåndtering

Behandlingsstedet havde arbejdet systematisk med at sikre forsvarlig medicinhåndtering. Blandt andet havde der været en særlig opmærksomhed omkring kvittering for ikke-dispenserbar medicin.

Vi konstaterede ingen mangler i medicinhåndteringen.

Samlet vurdering

Der blev ikke identificeret problemer af betydning for patientsikkerheden.

Vi har på den baggrund ophævet påbud af 03-12-2025. Vi afslutter dermed tilsynet.

2. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	X			
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	X			

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	X			
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	X			
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici	X			
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige	X			

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
	dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge				
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	X			
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	X			
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	X			

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	X			

Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	X			

Øvrige fund

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

3. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Røjlevej er et bosted under Socialpædagogisk Center Næstved (SCN) organiseret under Handicap og Psykiatri i Næstved Kommune.
- Røjlevej består af 4 huse 1-2-3-4 og har 6 selvstændige lejligheder i hvert hus. Tilsynet er gennemført i hus 1.
- Målgruppen er unge voksne fra 18 år med fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser. I hus 1 er aldersspredningen i øjeblikket fra 23 -30 år med et stort støttebehov.
- I hus 1 er der ansat 3 pædagoger, 2 pædagogiske assistenter, 2 omsorgsmedhjælpere, 3 social- og sundhedshjælpere samt 2 social- og sundhedsassistenter. Sidstnævnte løser også sundhedsfaglige opgaver i de andre huse. Der anvendes meget sjældent eksterne vikarer.
- Sundhedsteamet er et tværgående team under SCN med 3 sygeplejersker og 3 social- og sundhedsassistenter som kan kontaktes ved komplekse sundhedsfaglige opgaver på hverdage i dagtiden.
- Kommunens hjemmesygepleje kan kontaktes hele døgnet på alle dage.
- Røjlevej samarbejder med den enkelte patients praktiserende læge og speciallæger.
- Der er daglig overlap af vagter, der afholdes personalemøder hver måned samt sundhedsfaglige møder med sundhedsteamet en gang hver måned.
- Røjlevej anvender journalsystemet Nexus.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 9.oktober 2025 et påbud til SCN – Røjlevej hus 1 om at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering
2. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herom
3. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for akut opstået sygdom

Tilsynet den 20-01-2026 var et opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for bosteder 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 to patienter/borgere

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på tilsynets fund deltog:

- Afdelingsleder Kamilla Fog Iversen
- Leder af sundhedsteamet, sygeplejerske Pia Bruun
- Fire social- og sundhedsassistenter
- To sygeplejerske fra sundhedsteamet

Tilsynet blev foretaget af:

- Ole Boye Fjord Terkelsen, afdelingslæge
- Lone Teglbjærg, 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.