

Tilsynsrapport Fonden Tårnvej

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Fonden Tårnvej
Tårnvej 91
7100 Vejle

CVR- nummer: 41222204

Dato for tilsynsbesøget: 04-08-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-25783



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten.

Vi har derfor den 21. september 2026, på baggrund af tilsynsbesøget og det efterfølgende indsendte materiale, givet Fonden Tårnvej et påbud om straks at sikre:

1. Systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
2. Tilstrækkelig implementering af instrukser for:
 - personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling.
 - patienternes behov for behandling.
 - hygiejne.
 - medicinhåndtering.
 - journalføring.

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 **04-08-2026** vurderet, at der på **Fonden Tårnvej** 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.

Behandlingsstedets organisering

Behandlingsstedet havde ingen sundhedsfaglige instrukser, der beskrev personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling samt patienternes behov for behandling. Vi vurderer, at fravær af sundhedsfaglige instrukser indebærer en risiko for patientsikkerheden, da behovet for intervention alene baserer sig på den enkelte medarbejders faglige skøn og kompetencer.

Vi vurderer, at ledelsen ikke havde det nødvendige overblik over personalets kompetencer eller flere af behandlingsstedets procedurer, ligesom der ikke var en fast praksis for at sikre, at de rette kompetencer var opnået, inden personalet evt. var alene på vagt.

Vi har lagt særlig vægt på, at det udgør en risiko, når ledelsen ikke har sikret at alt personale, herunder vikarer har de nødvendige kompetencer eller et tilstrækkeligt kendskab til behandlingsstedets procedurer.

Manglende kendskab eller kompetencer i forhold til medicinhåndtering eller viden om procedurer ved akut opstået sygdom udgør en risiko for patientsikkerheden. Dette gør sig særligt gældende, når personalet er alene på bostedet, og der både er beboere, der får fast medicin og ligeledes flere beboere, der kan have brug for pn medicin.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

Behandlingsstedet havde ingen instruks for sundhedsfaglig dokumentation, men kunne overordnet redegøre for, hvordan de førte den sundhedsfaglige journal. Beboerne havde få sundhedsfaglige problemstillinger, men vi vurderer, at flere aktuelle sundhedsfaglige problemstillinger ikke var fyldestgørende beskrevet. Vi vurderer ligeledes, at behandlingsstedet ikke havde det nødvendige kendskab til plan for behandling og kontrol, heraf relevante observationer både i forhold til den kroniske sygdom samt eventuelle bivirkninger af den medicinske behandling. Manglende vurdering af problemstillingerne udgør en risiko for, at der ikke bliver fulgt op eller at observationer ikke bliver foretaget i nødvendigt omfang og for at eventuelle komplikationer kan blive overset.

Medicinhåndtering

Behandlingsstedets instruks for medicinhåndtering var ikke fyldestgørende, ligesom den ikke var opdateret i forhold til de aktuelle forhold på behandlingsstedet. Den medicinansvarlige havde ansvar for dispensering af medicin og det overordnede ansvar for at sikre, at medicinlisten stemte overens med ordinationen. Ledelse og øvrige medarbejdere havde ikke kendskab til, hvordan dette foregik. Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når medicininstruksen er mangelfuld, og dele af medicinhåndteringen alene beror på en enkelt medarbejders viden.

Vi konstaterede alene en enkeltstående mangel i medicinhåndteringen, som vi vurderer, at behandlingsstedet på baggrund af den drøftelse der fandt sted ved tilsynet, kan rette op på.

Hygiejne

Behandlingsstedet havde ingen instruks for hygiejne, og vi vurderer, at ledelsen ikke havde det nødvendige kendskab til eller havde sikret, at de gældende hygiejniske forholdsregler i forbindelse med varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver blev overholdt.

Samlet vurdering

Ved vurderingen har vi lagt vægt på omfanget og karakteren af de konstaterede mangler, samt at målgruppen er sårbare børn og unge. Vi vurderer, at det vil kræve et målrettet og systematisk arbejde at rette op på manglerne i forhold til at udarbejde og implementere de sundhedsfaglige instrukser.

Samlet set vurderer vi, at der er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Efter tilsynet har vi modtaget instrukser for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling, patienternes behov for behandling, dokumentation, medicinhåndtering og hygiejne samt oplysning om, at behandlingsstedet har gennemgået den sundhedsfaglige dokumentation og foretaget konkrete tilføjelser og rettelser. Vi anerkender, at behandlingsstedet har udarbejdet de manglende sundhedsfaglige instrukser, og gennemgået den sundhedsfaglige dokumentation, men det ændrer ikke på vores vurdering efter tilsynet. Vi vurderer fortsat, at implementering af instrukserne har et større omfang, der kræver et målrettet og systematisk arbejde.

2. Krav og henstillinger

Krav

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

Num mer	Navn	Krav
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver som følger Sundhedsstyrelsens vejledning
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici	Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	- Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan personalet skal sikre identifikation af patienten og patientens medicin. - Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning. - Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for samarbejde med de behandlingsansvarlige læger. Indholdet skal være i

		overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser i hvilket omfang patienten kan give habilt samtykke til pleje og behandling, eller om samtykke varetages helt eller delvist af pårørende/værge
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	- Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en skriftlig instruks for hygiejne - Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne

Til kravene vedrørende målepunkt 1, 2, 3, 8 og 12 angående udarbejdelse af instrukser bemærker vi, at vi efter tilsynet har modtaget instrukser herfor. Vi stiller derfor alene krav om at instrukserne implementeres.

Henstillinger

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

Nummer	Navn	Krav
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	Behandlingsstedet skal sikre, at der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling		X		Behandlingsstedet havde ikke en instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling. Ledelsen havde ikke et overblik over personalets kompetencer, men redegjorde for, at alt personale kunne varetage de samme sundhedsfaglige opgaver fraset en bestemt medarbejder, der havde opgaven i forhold til medicindispensering. Der var ikke en systematisk praksis for at sikre, at en fyldestgørende oplæring i behandlingsstedets procedurer f.eks. ved akut opstået sygdom eller at sikre, at kompetencer inden for medicinhåndtering var opnået, inden personalet alene varetog denne opgave.
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		Der var ingen instrukser for patienternes behov for behandling. Behandlingsstedet redegjorde overordnet for en patientsikker praksis.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Behandlingsstedet havde ingen instruks for sundhedsfaglig dokumentation, men kunne redegøre for, hvordan den sundhedsfaglige journal skulle føres. Det var dog uklart, hvem der havde

					ansvaret for at føre den sundhedsfaglige dokumentation.
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		Behandlingsstedet havde ikke en systematisk praksis med at vurdere og dokumentere beboernes aktuelle problemstillinger og risici. Der var få aktuelle sundhedsfaglige problemstillinger hos beboerne, men disse var ikke fyldestgørende beskrevet. - Hos en beboer, der fik et præparat for en opmærksomhedsforstyrrelse, var det ikke beskrevet, hvilke opgaver personalet havde i forhold til relevante observationer, eller hvilken plan der var i forhold til opfølgning. Behandlingsstedet havde ikke kendskab til, om de skulle foretage observationer i forhold til bivirkninger eller effekt af den medicinske behandling. Beboeren havde manglende appetit og det fremgik af dokumentationen, at vægten var i den lave ende. Behandlingsstedet havde ikke kendskab til, at dette kunne være relateret til medicinen, eller om vægten skulle følges, men oplyste, at beboeren spiste acceptabelt, og at de havde indtryk af at beboerens vægt var stabil. - Hos en beboer, hvor det fremgik af oversigten at vedkommende havde en ernæringsproblematik, var problemstillingen omkring dette ikke beskrevet. Det fremgik ikke, hvordan dette blev

					håndteret, eller hvilken plan der var i forhold til opfølgning. Behandlingsstedet redegjorde for, at beboerens ernæring var tilpasset problemstillingen, men havde ikke kendskab til, hvilken plan der var i forhold til kontrol og opfølgning.
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	X			
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		Behandlingsstedet oplyste, at en beboer havde haft det psykisk dårlig en aften og var gået på værelset. Dette var ikke beskrevet i dokumentationen, ligesom det ikke fremgik, at der var fulgt op herpå i løbet af aften, nat eller næste formiddag. Episoden var dog beskrevet næste eftermiddag, hvor det fremgik, at beboeren igen var i sin habituelle tilstand. Behandlingsstedet redegjorde for, at en vikar ikke havde ført dokumentationen efter gældende praksis, og heller ikke havde tilset beboeren i den pågældende periode. Hos en beboer, hvor det fremgik af doseringsæsken, at medicinen ikke var administreret en dag, var der ikke noget notat i journalen om årsagen hertil eller et efterfølgende notat om, at personalet havde forholdt sig til den manglende medicin administration. Behandlingsstedet redegjorde for, at der i det konkrete tilfælde var tale om en vikar, der ikke havde fulgt vanlig praksis, og at de vanligvis ville få en advarsel fra medicinmodulet, hvis medicin ikke var administreret

					som planlagt. Ledelsen ville tage kontakt til systemadministrator mhp. af afklare om systemet virkede efter hensigten.
--	--	--	--	--	--

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Behandlingsstedet havde en instruks for medicinhåndtering, men denne var ikke fyldestgørende, ligesom den heller ikke var opdateret med de gældende faktiske forhold på behandlingsstedet. Det fremgik ikke af instruksen, hvordan: • det sikres, at personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering • proceduren er for dokumentation af medicinordinationer • medicin dispenseres • det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt • personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af kronisk sygdom • ikke-lægeordinerede håndkøbsmedicin og kosttilskud håndteres Behandlingsstedet kunne redegøre overordnet for den gældende praksis i forhold til den daglige medicinadministration og dokumentation heraf. Behandlingsstedet redegjorde for, at de ikke havde adgang til FMK, men kunne ved tilsynet ikke konkret redegøre for arbejdsgangen i forhold

					til at sikre, at de fik kendskab til medicinændringer, men oplyste, at det var den medicinansvarlige, der sikrede dette.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	X			
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		I et enkelt tilfælde var et medicinsk præparat med begrænset holdbarhed efter åbning ikke påsat anbrudsdato. Behandlingsstedet redegjorde for, at præparatet der blev anvendt dagligt altid ville være brugt inden udløb.

Patienters retsstilling

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling		X		I et tilfælde var dokumentationen af habilitet ikke korrekt beskrevet, da der fremgik et andet navn og alder på beboeren. Behandlingsstedet kunne redegøre for den konkrete beboers habilitet.

Hygiejne

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme		X		Behandlingsstedet havde ingen instruks for hygiejne og havde ikke kendskab til forholdsreglerne for håndhygiejne i forbindelse med håndtering af sundhedsfaglige opgaver.

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Behandlingsstedet er et privat bosted for børn og unge.
- Der er i alt ni pladser, men aktuelt var der seks børn og unge i alderen 8-17 år.
- Bostedet er godkendt til at kunne modtage børn ned til to år, men dette har ikke hidtil været aktuelt.
- Målgruppen er kendetegnet ved at have været udsat for fysiske og/eller psykiske overgreb, herunder seksuelle overgreb med deraf følgende sociale og/eller følelsesmæssige udfordringer. Desuden kan der være tale om en eller flere af følgende diagnoser: autismspektrum forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser, ADD og ADHD.
- Personalet består af en social- og sundhedsassistent, pædagoger og ufaglærte. Der er kontinuerligt brug af faste vikarer.
- De sundhedsfaglige opgaver består primært af medicinhåndtering og observationer i forbindelse med medicinsk behandling samt sundhedsfremme og forebyggelse.
Normeringen er en medarbejder pr. fire børn/unge dag og aften. Det vil sige, at hvis der i perioder kun er fire børn/unge tilstede på bostedet, er en medarbejder alene på arbejde. Der er en sovende nattevagt.

Begrundelse for tilsyn

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

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Bosteder anvendt. Målepunkterne findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Tilsyn*; *Tilsyn med behandlingssteder*. Datoen for tilsynsbesøget skal matche datoangivelsen på målepunktssættet.
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for to beboere

Ved tilsynet deltog:

- Birthe Rosendal, leder
- To medarbejdere

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til:

- Birthe Rosendal, leder
- En medarbejder

Tilsynet blev foretaget af:

- Lisa Elmer Christensen, specialkonsulent
- 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*.