Tilsynsrapport Torndalshave

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Torndalshave
Søvangsvej 20
2650 Hvidovre

CVR- nummer: 55606617 **P-nummer:** 1013586426 **SOR-ID:** 1041191000016007

Dato for tilsynsbesøget: 02-09-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-25618

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten. Vi afslutter tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **02-09-2026** vurderet, at der på **Torndalshave** 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.

Ved tilsynet konstaterede vi, at der var enkelte spredte mangler inden for sygeplejefaglige vurderinger, journalføring og medicinhåndtering.

Torndalshave fremstod dog overordnet sundhedsfagligt velorganiseret med gode arbejdsgange.

Vi vurderer at behandlingsstedet vil være i stand til at rette op på de konstaterede mangler ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynsbesøget. Vi forudsætter, at behandlingsstedet følger vores henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Nummer	Navn	Henstillinger
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling	• Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling evalueres og opdateres ved ændringer. • Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf.
8.	Medicinlister	• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen/medicinlisten, hvem der har dispenseret og administreret ikke-dispenserbar medicin, og hvornår.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Organisering og ledelsens ansvar	X			

Journalføring

Nummer	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

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		I to af to journaler var der enkelte mangler i vurderingen af patienternes aktuelle problemer og risici. Det omhandlede en patient i nedtrapning af medicin, hvor der ikke var fulgt op på nedtrapningsplanen. En patient hvor en behandling mod svamp var afsluttet, hvor dette ikke var ændret. En patient hvor det smertestillende

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					medicin stod som PN, men var ændret til fast. Ovenstående fremgik af den lokale medicinliste, og personalet kunne ved tilsynet redegøre for ovenstående. Der manglede i flere tilfælde en beskrivelse af årsag til, at der var givet pn medicin, ligesom der også var manglede beskrivelse af hvorledes virkningen havde været.

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		Der var i to af to stikprøver manglende kvitteringer for givet ikke-dispenserbar medicin. Det drejede sig om et flydende præparat som blev givet som en fast ordination.

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			

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Torndalshave er en afdeling under plejehjemmet Dybenskærhave
- Torndalshave er organiseret under Center for Sundhed og Ældre i Hvidovre Kommune.
- Stedet ledes af en afdelingsleder, under ledelse af plejehjemsleder for Dybenskærhave.
- Målgruppen er borgere med svær demens, der har behov for et lille overskueligt miljø.
- Der er plads til 12 beboere på Torndalshave med 10 pladser besat.
- Personalegruppen på 23 medarbejdere består af seks social- og sundhedshjælpere, fem social- og sundhedsassistenter, to pædagoger, 10 ufaglærte (ofte studerende) og en afdelingsleder.
- Der samarbejdes med praktiserende læger, hospitaler, gerontopsykiatrisk team, fysio.- ergo.- og fodterapeut.

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 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 afsluttende opsamling deltog:
- Britt-Marie Sølvkjær, plejehjemsleder
- Nikoline Munkebæk, afdelingsleder
- Dorthe Tødt, afdelingsleder
- En risikomanager
- En social- og sundhedsassistent
- En sygeplejerske

Tilsynet blev foretaget af:
- Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske
- Svend Erik Brande, 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*.