

Tilsynsrapport

Ternevej Døgngruppen HPS

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Ternevej Døgngruppen HPS
Ternevej 91
8700 Horsens

CVR- nummer: 29189889 **SOR-ID:** 981541000016007

Dato for tilsynsbesøget: 25-11-2025

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

Sagsnr.: 35-2011-22455



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget et høringssvar, hvor Ternevej Døgngruppen HPS dels kommer med bemærkninger til konkrete fund og dels beskriver hvilke tiltag der er iværksat for at rette op på de fund der fremgår af rapporten. Vi har forholdt os til bemærkningerne til de konkrete fund, men de ændrer ikke ved vores samlede vurdering.

I forhold til iværksatte tiltag beskriver Ternevej Døgngruppen HPS blandt andet at forbruget af vikarer skal minimeres, at der er udarbejdet ny introduktion af nye medarbejdere for at sikre fælles fagligt grundlag inden for det sundhedsfaglige arbejde samt at ledelsen udfører audit på behandlingsstedets journalføring.

Vi anerkender, at Ternevej Døgngruppen HPS har planlagt tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede mangler i forhold til journalføring, medicinhåndtering og hygiejne. 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 2. februar 2026 givet et påbud om at Ternevej Døgngruppen HPS om straks at sikre:

1. forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af fyldestgørende instruks herom.
2. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af fyldestgørende instruks herom.
3. implementering af instruks for hygiejne.

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 **25-11-2025** vurderet, at der på **Ternevej Døgngruppen HPS** 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

Ternevej Døgngruppen HPS har været uden fast tilknyttet ledelse, men pr. 1. oktober 2025 er der nu tiltrådt et fast ledelsesteam. Der var et stort dagligt forbrug af både interne og eksterne vikarer. Vikarerne havde ikke adgang til de elektroniske journaler og det var ikke beskrevet i instruksen for sundhedsfaglige journalføring, hvordan vikarer skulle journalføre samt registrere tidstro administration af pn og ikke dispenserbar medicin. Behandlingsstedet havde udarbejdet en anden version af journalen, der lå i papirform

i en mappe hos patienterne, som vikarer kunne orientere sig i. Det er vores opfattelse, at på trods af, at behandlingsstedet havde gjort en indsats for at sikre, at vikarer havde adgang til oplysninger om patientens sundhedsfaglige problemstillinger og håndtering heraf, så var det ikke muligt for vikarer at dokumentere relevante oplysninger eller observationer, ligesom det heller ikke var mulig for vikarer, at orientere sig i udviklingen af en aktuel problemstilling eller de seneste observationer, der eventuelt krævede opfølgning. Dette indebærer en risiko for at væsentlige observationer ikke bliver fulgt op, ligesom det udgør en risiko for fejlmedicinering, når administration af pn medicin ikke dokumenteres retvisende. Kommunens kvalitetsmedarbejder oplyste, at der hurtigst mulig vil blive iværksat relevant tiltag, for at vikarer frem ad rettet kan tilgå den elektroniske journal.

Vi konstaterede desuden, at medarbejdere ikke udførte korrekt håndhygiejne inden udførsel af sundhedsfaglige opgaver. Vi vurderer, at behandlingsstedet ikke havde implementeret instruks for hygiejne. Det er vores opfattelse, at når de hygiejniske retningslinjer ikke bliver fulgt, udgør det en risiko for at smitteveje ikke bliver brudt, hvilket indebærer risiko for patientsikkerheden.,

Journalføring

Vi konstaterede, at Ternevej Døgngruppen HPS' sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev patienternes problemstillinger og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om pleje og behandling.

Vi har lagt vægt på, at manglende beskrivelse af aktuel status vedrørende patientens problemer øger risikoen for, at der ikke bliver fulgt relevant op på ændringer i patientens tilstand. Vi har lagt særlig vægt på, at manglende beskrivelser af problemstillinger hos svært syge børn kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, da hurtig opfølgning kan være nødvendig. Desuden har vi lagt vægt på, at manglende viden om patienternes helbredssituation betyder, at medarbejdere ikke kan handle fagligt relevant på de observationer, de foretager hos patienten.

Vi vurderer, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre kommunikation internt på behandlingsstedet og med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så medarbejderne har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut situation.

Samlet set vurderer vi, at manglende adgang til journalerne gav risiko for manglende observationer samt utilstrækkelig pleje og behandling hos patienterne og at det aktuelle behov for benyttelse af vikarer øger denne risiko.

Medicinhåndtering

Ved journalgennemgangen konstaterede vi, at den lokale medicinliste var udprintet. Det var denne medicinliste som medarbejderne skulle orientere sig i for at administrere pn medicin. Vi vurderer, at behandlingsstedet ikke i tilstrækkelig grad havde sikret, at en ny opdateret medicinliste printes ud, når lægen ændrer i ordinationen. Dette indebærer en risiko for, at medicinen ikke bliver administreret som ordineret. Desuden konstaterede vi, at medicin blev opslæmmet i opvarmet vand uden det fornødne kendskab til, om det konkrete præparat tålte dette, hvilket giver risiko for, at medicinen ikke virker efter hensigten.

Vi vurderer, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret. Det indebærer en risiko for patientsikkerheden, fordi instruks 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

Vi har lagt vægt på, at patientgruppen på behandlingsstedet er særligt sårbare børn som kræver tætte observationer og hurtig opfølgning på ændringer. Manglerne indebærer samlet set større problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi vurderer dog samtidig, at behandlingsstedet havde forståelse for alvorligheden af manglerne og for, hvad der skulle til for at rette op på dem. Behandlingsstedet har desuden fået kompetencer til rådighed fra kommunens kvalitetsafdeling, der kan sikre et systematisk og målrettet arbejde med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Desuden har vi lagt vægt på at ledelsen straks tilkendegav, at de fremadrettet, i det omfang det var muligt, ikke ville anvende eksterne vikarer.

2. Krav

Krav

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

Num mer	Navn	Krav
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 - Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring
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
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for medicinhåndtering. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.

9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	• Behandlingsstedet skal sikre, at doseringsæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer • Behandlingsstedet skal sikre, at medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	• Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for hygiejne
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	• Behandlingsstedet skal sikre, at øvrige forhold er håndteret patientsikkert forsvarligt.

3. 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		Instruksen for den sundhedsfaglige dokumentation var ikke fyldestgørende, da den ikke beskrev hvordan vikarer skulle føre den sundhedsfaglige dokumentation, samt hvordan personale skulle forholde sig til, at der blev ført oplysninger om patienten i to versioner af journalen.
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Journalføringen omkring patienternes sundhedsfaglige forhold var opdelt i to versioner. En elektronisk version og en version i papirform, som var et udprintet dokumentet. Det var kun det faste personale, der havde adgang til den elektroniske journal, og for at sikre, at vikarer havde de fornødne oplysninger om patienten, var der lavet mapper med

					udsprintet dokumenter med beskrivelse af patienternes sundhedsfaglige problemstillinger og hvordan disse kom til udtryk og skulle håndteres. Der var dog oplysninger, der kun fremgik af papirjournalen og ikke i den elektroniske, ligesom daglige opfølgninger og aktuelle observationer kun fremgik af den elektroniske journal. Der var ikke krydshenvist i mellem de to versioner, og det var svært at få et samlet overblik over patienten.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		Hos en patient med vejrtrækningsproblematik, som fik inhalationer ved behov, manglede der en beskrivelse af hvilke symptomer patienten fremstod med ved påvirket vejrtrækning. Behandlingsstedet kunne redegøre for symptomerne og oplyste endvidere, at det fremgik af den udprintede version, der lå i mappen hos patienten . Hos en patient, der kunne få pn smertestillende medicin, men som ikke verbal kunne give udtryk for smerter, manglede der en beskrivelse af hvilke symptomer, der fremkom hos patienten, når der var behov for pn smertestillende. Behandlingsstedet kunne redegøre for patientens non verbale sprog ved smerter. Hos en patient med sondeernæring, var der beskrevet en ernæringsplan, men denne var ikke fyldestgørende med hensyn til beskrivelse af hvordan den opvarmede væske der blev anvendt skulle kontrolleres for temperatur inden det blev givet. Behandlingsstedet redegjorde for, at det var efter aftale med behandlingsansvarlige læge, men det var ikke beskrevet i journalen.

					Hos en patient der var kendt med en tilbagevendende feberproblematik og hurtig udvikling af infektion, var denne problemstilling ikke fyldestgørende beskrevet. Behandlingsstedet oplyste, at patientens temperatur skulle kontrolleres ved den mindste mistanke, da tislstanden meget hurtigt kunne ændre sig, men dette var ikke beskrevet i journalen. Hos en patient med en smerteproblematik, var denne problemstilling ikke fyldestgørende beskrevet. Det fremgik ikke at patienten for nyligt havde fået øget den smertestillende behandling, eller hvad baggrunden var for dette. Ligeledes fremgik ikke, hvornår der skulle følges op.
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		Hos en patient fremgik det ikke af oversigten at patienten havde nedsat lungefunktion.
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	X			

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering		X		Instruksen beskrev ikke ansvarsfordelingen i forhold til medicinhåndteringen. Behandlingsstedet oplyste, at den

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					daglige medicinansvarlige var ansvarlig for administration og dokumentation af medicin, men dette var ikke beskrevet i instruksen.
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		I et enkelt tilfælde manglede det aktuelle handelsnavn på medicinlisten.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		I to tilfælde manglede der angivelse af patientens navn på flasker med flydende medicin. I et tilfælde var medicinen ikke opbevaret korrekt. Den var ikke opbevaret i originalæsken, for at beskytte mod sollys.

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		Behandlingsstedet kunne redegøre for korrekt håndhygiejne i forbindelse med sundhedsfaglige opgaver, men ved tilsynet konstaterede vi, at ikke alle medarbejdere udførte korrekt

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					håndhygiejne, når der blev udført sundhedsfaglige opgaver.

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici		X		Ved tilsynet blev det konstateret, at der blev opvarmet væske til sondeernæring. Behandlingsstedet redegjorde for, at der blev opslæmmet medicin heri, men der blev ikke målt temperatur på den opvarmede væske. Behandlingsstedet havde ikke kendskab til om den medicin der blev opslæmmet i væsken kunne tåle den forhøjede temperatur. Hos en patient som fik pn medicin mod smerter, var lægens ordination af en dosisøgning ikke fulgt. Det fremgik, at der var administreret en dosis svarende til den dosis patienten fik inden lægen øgede dosis. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for årsagen hertil.

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Ternevej Døgngruppen HPS er et botilbud for børn i Horsens kommune.
- Der bor syv børn på botilbuddet og der er otte aflastningspladser samt fem fleksible pladser.
- Målgruppen er børn med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse.
- Der er ansat ca. 60 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: 25 pædagoger, 7 pædagogiske assistenter, 2 social- og sundhedsassistenter, 2 social og sundhedshjælpere, 2 sygeplejersker, 18 omsorgsmedhjælpere. Herudover er der tilknyttet 21 vikarer. Der er 4 vakante stillinger og der bliver benyttet eksterne vikarer på daglig basis i alle vagtlag.

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse omhandlende manglende sundhedsfaglige kompetencer, manglende efterlevelse af hygiejne, manglende opfølgning på aktuel pleje og behandling samt utilstrækkelig medicinbehandling.

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 en journal, som var udvalgt på forhånd samt nedslag i anden journal.
- Der blev gennemgået medicin for to patienter.

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling på tilsynet deltog:

- Solvej Lyngbye Andersen, afdelingsleder
- Renée Viuf Dam
- Tre udvalgte medarbejdere
- Kommunens kvalitetsmedarbejder

Tilsynet blev foretaget af:

- Jane Filtenborg Bjerregaard, oversygeplejerske
- Britta Futtrup Sørensen, 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*.