

Tilsynsrapport

Plejecenter Kong Gauers gård

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Plejecenter Kong Gauers gård
Eventyrhaven 12
7080 Børkop

CVR- nummer: 29189900 P-nummer: 1029264402 SOR-ID: 1358591000016007

Dato for tilsynsbesøget: 13-08-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-24123



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til rapporten med beskrivelse af hvordan allerede iværksatte tiltag fastholdes via undervisning i dokumentationsguiden, opfølgning på iværksat behandling, patienternes samtykkekompetence og sygeplejerskernes kliniske lederskab. Endvidere fremgår der beskrivelser af nye iværksatte tiltag med sidemandsoplæring i hele processen vedrørende medicinhåndtering.

Vi anerkender, at behandlingsstedet har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede mangler. 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 ikke fundet grundlag for at ophæve påbud af den 5. maj 2026. Vi vil foretage yderligere opfølgning over for behandlingsstedet.

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 **13-08-2026** vurderet, at der på **Plejecenter Kong Gavers gård** 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.

Sygeplejefaglige vurderinger, journalføring og instruks

Behandlingsstedet havde udarbejdet en handleplan med henblik på, at rette op på de konstaterede mangler fra sidste tilsyn. Der var blandt andet ansat en ny faglig leder, som skulle være med til at understøtte den faglige kvalitet i det sundhedsfaglige arbejde. Der var iværksat faste møder, ligesom der havde været sidemandsoplæring i journalføringsinstruksen, som en del af det daglige arbejde og den tilhørende journalføring. Sideløbende havde Vejle Kommunes Kvalitetsafdeling foretaget løbende audits i journalerne og fulgt konkret op på mangler i de tilfælde, hvor det var relevant.

Vi konstaterede, at behandlingsstedet havde en igangværende positiv proces, men at der fortsat var mangler i begge stikprøver i forhold til de sundhedsfaglige vurderinger, aftaler med behandlingsansvarlige læger og journalføringen heraf. På den baggrund vurderer vi, at instruksen for journalføring fortsat ikke var tilstrækkeligt implementeret.

Vi vurderer, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når patienternes sundhedsfaglige problemstillinger ikke er fyldestgørende vurderet og beskrevet. Vurderingerne og beskrivelserne udgør grundlaget for den pleje, behandling, opfølgning og evaluering, der skal foretages hos den enkelte patient, og tydeliggør hvem der har ansvaret herfor. Dette har betydning for, at personalet kan reagere på ændringer i patienternes tilstande, samt foretage en rettidig opfølgning og evaluering af den igangværende pleje og behandling.

Vi har i vurderingen lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når der ikke reageres på, at patientens medicin for demens er pauseret. Det er vores opfattelse, at et behandlingssted, som har ansvaret for dispensering og administration af medicin, også har et ansvar for at kende til årsagen for en medicinændring, samt opgaver i forhold til observationer og opfølgning på baggrund af denne ændring. Det er behandlingsstedets ansvar, at efterspørge aftaler med den behandlingsansvarlige læge herom, såfremt dette ikke er beskrevet, så der sikres korrekt opfølgning og sammenhæng i patientens behandlingsforløb.

Vi konstaterer, at der i begge journaler fremgik, at patienterne var helt eller delvist inhabile, men der manglede en beskrivelse af hvem, der kunne give et stedfortrædende samtykke til pleje og behandling. Manglende journalføring af hvem, der varetager patientens helbredsmæssige interesser udgør en risiko for, at det ikke er tydeligt for enhver medarbejder, hvor der skal indhentes et informeret samtykke til pleje og behandling. Behandlingsstedet kunne i begge tilfælde redegøre for manglerne og vi vurderer, at der alene er tale om manglende journalføring heraf.

Vi vurderer samlet set, at manglerne i de sygeplejefaglige vurderinger, aftaler med behandlingsansvarlige læger og journalføringen gav risiko for manglende observationer, utilstrækkelig pleje, behandling og opfølgning ved patienterne i stikprøverne.

Medicinhåndtering

Behandlingsstedet havde siden sidste tilsyn gennemgået alle medicinbeholdninger og havde iværksat nye arbejdsgange i forhold til opbevaring af medicin i patienternes medicinske. Vi konstaterede fortsat mangler i den ene medicinbeholdning, samt enkelte produkter med overskredet holdbarhed i sygeplejedeskabet. Vi vurderer dog, at behandlingsstedet ved interview havde kendskab til instruksen for medicinhåndtering og generelt fulgte den i praksis.

Samlet vurdering

Vi anerkender, at behandlingsstedet har arbejdet med at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden. Vi vurderer dog, at manglerne indenfor de sygeplejefaglige vurderinger og journalføring fortsat har et større omfang. Vi vurderer, at manglerne er et udtryk for, at behandlingsstedet endnu ikke har implementeret en systematisk praksis for at foretage løbende vurderinger og journalføring i de tilfælde, hvor der sker ændringer i patienternes tilstande. 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
2.	Instruks for journalføring	Behandlingsstedet skal sikre, at medarbejderne er instrueret i at udføre den sundhedsfaglige dokumentation efter skriftlig instruks.
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger et opdateret og tilstrækkeligt overblik over patientens aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.
5.	Sygeplejefaglig vurdering af patientens aktuelle problemer og risici samt plan for pleje og behandling	- Behandlingsstedet skal sikre, at patienten vurderes ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder. - Behandlingsstedet skal sikre, at vurderingen af de 12 sygeplejefaglige problemområder journalføres. - Behandlingsstedet skal sikre, at planen for patientens pleje og behandling journalføres. - Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aftaler med behandlingsansvarlige læge om patientens behandling, opfølgning og kontrol. - Behandlingsstedet skal sikre, at journalen indeholder en beskrivelse af aktuel pleje og behandling, samt opfølgning og evaluering heraf. - Behandlingsstedet skal sikre, at evaluering og opdatering af planen for pleje og behandling journalføres.

Henstillinger

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

Num mer	Navn	Krav
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter	• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning. • Behandlingsstedet skal sikre, at der er navn på patientens medicin, herunder medicinske salver, dråber og anden ikke-dispenserbar medicin. • Behandlingsstedet skal sikre, at holdbarhedsdatoen på patientens medicin og opbevarede sterile produkter, ikke er overskredet.
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici	• Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen hvem der kan samtykke på patientens vegne til pleje og behandling (stedfortrædende samtykke) i de tilfælde, hvor patienten ikke selv er i stand til at give samtykke

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

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

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Instruks for journalføring		X		Behandlingsstedet havde en instruks for journalføring, men på baggrund af manglerne i journalerne vurderer vi, at instruksen endnu ikke var tilstrækkelig implementeret.
3.	Indhold, form og sprog i journalen	X			
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser		X		I begge journaler var oversigten over patienternes sygdomme ikke opdateret. Det drejede sig om problemstillinger vedrørende cirkulation og udskillelser.

Faglige fokuspunkter

Num mer	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 et tilfælde manglede der en beskrivelse af patientens problemer med udskillelse, hvor der aktuelt var ordineret en behandling herfor. Journalen manglede en beskrivelse af hvilke symptomer patienten havde samt hvilken pleje, behandling og opfølgning

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					behandlingsstedet skulle foretage. Behandlingsstedet kunne redegøre for patientens problemstilling og deres opgaver og ansvar i forhold til behandlingen. I et tilfælde fremgik det af medicinlisten, at patientens medicin for demens havde været pauseret siden marts 2026, men det var ikke dokumenteret om der var foretaget en faglig vurdering af det. Det fremgik ikke om der skulle følges op på dette og om behandlingsstedet havde opgaver i den forbindelse. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for, at de havde særlige opgaver i forhold til observationer, opfølgning og kontrol, men oplyste at der formentlig ville være opfølgning herpå ved den kommende årskontrol. Behandlingsstedet kunne ikke oplyse hvornår den kommende årskontrol var. I et tilfælde manglede der en opdateret beskrivelse af den iværksatte pleje og behandling af et tryksår. Behandlingsstedet oplyste, at patienten ikke længere havde et tryksår og at journalen ved en fejl ikke var blevet opdateret. I et tilfælde manglede der beskrivelse af patientens ødemer i underbenene. Det fremgik ikke af journalen hvordan patientens underben aktuelt så ud. Af et enkeltstående observationsnotat seks dage tidligere fremgik det, at patienten fortsat havde meget ødematøse underben på trods af opstart af kompression med flystrømper. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for hvordan patientens underben aktuelt så ud og om der efterfølgende var

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
					foretaget en yderlig vurdering og opfølgning på patientens ødemer. I et tilfælde manglede der flere effektevalueringer på udlevering af PN-medicin. Behandlingsstedet kunne ikke redegøre for om opfølgningen havde fundet sted.

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Instruks for medicinhåndtering	X			
7.	Medicinbeholdning og sterile produkter		X		I en medicinerholdning konstaterede vi følgende: - To ordinerede præparater manglede i beholdningen. - Et præparat uden patientens navn. - To præparater i beholdningen med ikke aktuel medicin havde overskredet holdbarhed I sygeplejedespotet var der en kasse med ernæringssæt og en kasse med katetere, som havde overskredet holdbarhedsdato.
8.	Medicinlister	X			

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Overgange i patientforløb til og fra primærsektor	X			Opfyldt ved tilsynet den 26. februar 2026

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
	(plejecentre, hjemmepleje, bosteder med videre)				

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
10.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssi ge risici		X		I begge journaler fremgik det, at patienterne var helt og delvist inhabile, men der manglede en beskrivelse af hvem, der kunne give et stedfortrædende samtykke til pleje og behandling.

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Kong Gauers Gård er et kommunalt plejecenter i Vejle Kommune.
- Den daglige ledelse varetages af Heidi Grønbjerg
- Der er ca. ansat 100 medarbejdere fordelt på følgende faggrupper: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, pædagoger, fysioterapeuter og ufaglærte afløsere.
- Der anvendes ofte eksterne vikarer.
- Der er aktuelt fire vakante stillinger i aftenvagten.
- Der er på plejecenteret 79 boliger, hvoraf nogle er ægteskabsboliger. Der bor aktuelt 77 borgere på plejecenteret.
- Der er et tæt samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje i uden for dagstid og i weekender.
- Der er tilknyttet plejehjemlæge, som kommer ugentligt.

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 26. februar 2026 et påbud til behandlingsstedet om at sikre:

1. systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for
 - ny-visiterede patienter fra den 5. maj 2026.
 - samtlige patienter i aktuell behandling fra den 12. maj 2026
2. tilstrækkelig journalføring, herunder implementering af instruks herfor fra den 5. maj 2026.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for Plejeområdet 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

Vi fokuserede især på de uopfyldte målepunkter fra tilsynsbesøget den 26. februar 2026:

- Instruks for journalføring
- Sygeplejefaglige vurderinger
- Journalføring
- Medicinhåndtering

Ved tilsynet deltog:

- Heidi Grønbjerg, centerleder
- To social- og sundhedsassistenter
- En sygeplejerske
- En udviklingssygeplejerske
- En kvalitetskoordinator
- En leder af den sundhedsfaglige kvalitetsenhed

Afsluttende opsamling på tilsynets fund blev givet til

- Heidi Grønbjerg, centerleder
- En social- og sundhedsassistent
- En sygeplejerske
- En udviklingssygeplejerske
- En kvalitetskoordinator
- En leder af en sundhedsfaglige kvalitetsenhed

Tilsynet blev foretaget af:

- Linda Bjerger Kok, oversygeplejerske
- Signe Boye Karlsen, 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.