

Tilsynsrapport

Egegård Friplejehjem

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Plejeområdet

Egegård Friplejehjem
Langrode 17
6200 Aabenraa

CVR- nummer: 35767878 **P-nummer:** 1026238761 **SOR-ID:** 1080771000016007

Dato for tilsynsbesøget: 08-09-2026

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

Sagsnr.: 35-2011-24403



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger til rapporten. Vi vurderer ud fra tilsynsbesøget, at der ikke er grundlag for at opretholde påbuddene af den 28. januar 2026 og den 28. maj 2026, som vi derfor har ophævet. Vi afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **08-09-2026** vurderet, at der på **Egegård Frilejehjem** 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.

Sygeplejefaglige vurderinger og journalføring

Behandlingsstedet havde siden sidste tilsyn foretaget endnu en gennemgang af samtlige journaler. Der var løbende foretaget undervisning i journalføring, audits i journalerne og sparring via Danske Diakonhjems kvalitetsafdeling. Behandlingsstedet havde fortsat implementeringen af triageringen, hvor der havde været prioriteret tilstedeværelse af ledelse ved hvert triageringsmøde. Den ledelsesmæssige opbakning til triagemøderne var med henblik på at sikre korrekt vurdering, opfølgning om journalføring i de patientforløb, hvor der var konstateret en ændring i patienternes tilstande. Behandlingsstedet havde fået udarbejdet en instruks for triagering, som beskrev de aftalte arbejdsgange, og som var kendt af personalet.

Ved journalgennemgangen konstaterede vi alene en enkeltstående mangel. På baggrund af den samlede journalgennemgang vurderer vi, at journalføringen fremstod med systematiske beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger og risici, den iværksatte pleje og behandling samt opfølgning. Ligeledes fremgik der aftaler med den behandlingsansvarlige læge om kontrol og opfølgning, hvor det var relevant. Det var nu tydeligt beskrevet, hvordan patienternes problemområder kom til udtryk, og hvilke opgaver og ansvar behandlingsstedet havde i forhold til den iværksatte pleje og behandling.

Vi vurderer, at behandlingsstedet nu havde sikret systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgninger, ligesom der var sikret en tilstrækkelig journalføring.

Medicinhåndtering

Behandlingsstedet havde siden sidste tilsyn foretaget en gennemgående oprydning af deres sygeplejedespot, og der var udpeget ansvarlige, som sikrede en systematisk opfølgning på sterile produkter. Ved gennemgang af sygeplejedespotet konstaterede vi ikke nogen mangler i relation til opbevaring af sterile produkter. Behandlingsstedet havde siden sidste tilsyn gennemgået samtlige medicinbeholdninger, og der

var udpeget tovholdere i alle afdelinger, som skulle sikre løbende opfølgning på, at medicin håndteringen blev håndteret korrekt. Alle lokale ordinationer var ligeledes gennemgået med de behandlingsansvarlige læger. Vi konstaterede et enkelt tilfælde, hvor medicinlisten ikke var entydig og systematisk. Ledelsen undersøgte under tilsynet den konstaterede mangel og iværksatte straks relevante fremadrettede tiltag herunder kontrol af dispensering ved en kollega med kompetence hertil. Vi har efter tilsynet fået tilsendt en handleplan fra behandlingsstedet, som beskriver, hvordan der fremadrettet bliver fulgt op i forbindelse med dispensering og opdatering af den lokale medicinliste via løbende audits ved ledelsen, undervisning mm. Vi har i vurderingen lagt vægt på, at patienten i det konkrete tilfælde havde fået den korrekte medicin. Vi vurderer, at der er tale om en enkeltstående mangel, som behandlingsstedet under og efter tilsynet på eget initiativ har håndteret med relevante tiltag.

På baggrund af den samlede medicingennemgang vurderer vi, at behandlingsstedet har sikret en forsvarlig medicin håndtering og opbevaring af sterile produkter.

Samlet vurdering

Det er vores samlede vurdering, at der er tale om mindre problemer af betydning for patientsikkerheden. Vi vurderer, at de enkeltstående mangler i relation til medicin håndtering og journalføring er et udtryk for, at behandlingsstedet fortsat er i en implementeringsproces. Vi vurderer, at behandlingsstedet vil være i stand til at fortsætte implementeringsprocessen ud fra den rådgivning, der blev givet under tilsynet og ved at følge vores henstillinger.

2. Henstillinger

Henstillinger

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

Num mer	Navn	Krav
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering	Behandlingsstedet skal sikre, at der er en praksis for at lægge en plan for pleje og behandling i forhold til patientens aktuelle problemer og risici.
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister	Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlister føres systematisk og entydigt.

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Interview om varetagelsen af sundhedsfaglige opgaver, herunder håndtering af journalføring	X			

Journalføring

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2.	Interview om den sygeplejefaglige vurdering af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder samt plan for pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		I et tilfælde var det lavet en plan for, hvordan patienten skulle have administreret sin medicin. Det drejede sig om medicin mod for meget mavesyre, som skulle administreres 30 minutter før et måltid. Behandlingsstedet redegjorde for, at der skulle have været foretaget en vurdering heraf i forbindelse med medicingennemgangen, hvor der skulle have været oprettet en handleanvisning, som beskrev, hvordan patientens medicin skulle administreres, men at dette ved fejl ikke var udført.
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sundhedsfaglige beskrivelse af patientens problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder	X			

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
4.	Journalgennemgang vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser	X			
5.	Journalgennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering, herunder aftaler med behandlingsansvarlige læger	X			.

Medicinhåndtering

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
6.	Interview om medicinhåndtering	X			Opfyldt ved tilsynet den 26. marts 2026
7.	Gennemgang af journaler vedrørende ordineret medicin og medicinlister		X		I et tilfælde var den lokale medicinliste ikke systematisk og entydig, så det fremgik tydeligt, hvad der var dispenseret i dispenseringsæskerne. Patienten var reduceret fra 50 mg selo-zok, 1 tablet dagligt, til 25 mg, 1 tablet dagligt. Den ordinerende læge havde i den forbindelse ændret ordinationen i FMK til selo-zok 25 mg, 1 tablet dagligt. Af medicinlisten fremgik det, at der var dispenseret 0,5 tablet a 25 mg. Ved gennemgang af medicinbeholdningen konstaterede vi dog, at der var dispenseret 0,5 tablet a 50 mg. Patienten havde således fået den ordinerede medicin korrekt.

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
8.	Håndtering og opbevaring af medicin	X			

Overgange i patientforløb

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	Interview om overgange i patientforløb	X			Opfyldt ved tilsynet den 26. marts 2026

Øvrige fund

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

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Egegård Fripleshjem er en del af Danske Diakonhjem og er beliggende i Aabenraa. Plejehjemmet har driftsoverenskomst med Aabenraa Kommune.
- Plejehjemmet er bygget i 2021 og rummer 63 lejligheder, hvoraf 3 lejligheder rummer ægtepar. Aktuelt har plejehjemmet 63 beboere.
- Den daglige ledelse varetages af de tre teamledere. Aktuelt er der en forstander fraværende.
- Egegård Fripleshjem er organiseret i tre etager.
- Egegård Fripleshjem rummer beboere med somatiske, psykiatriske og gerontopsykiatriske lidelser.
- Egegård Fripleshjem har ca. 70 ansatte, herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt ufaglærte.
- Egegård Fripleshjem har tre plejehjemslæger tilknyttet, som skiftevis kommer en gang ugentligt

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed gav på baggrund af et tilsynsbesøg den 25. november 2025 et påbud til Egegård Fripleshjem om straks at sikre:

- systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
- tilstrækkelig journalføring.

Vi foretog den 26. marts 2026 opfølgende tilsyn, hvor vi konstaterede, at påbuddet ikke var efterlevet. Tilsynet den 26. marts 2026 gav endvidere anledning til, at vi den 28. maj 2026 gav et supplerende påbud på:

- forsvarlig medicinhåndtering og -opbevaring, herunder opbevaring af sterile produkter.

Vi foretog derfor et nyt opfølgende tilsyn med henblik på at vurdere, om påbuddet var efterlevet.

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. marts 2026

- Instrukser for medicinhåndtering og triagering

- Sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning
- Journalføring
- Medicinhåndtering, herunder opbevaring af sterile produkter

Ved tilsynet deltog:

- Rikke Romonoff, Diakonhjemschef
- Karina Larsen, teamleder
- Jeanette Kryger, teamleder
- Line Rafn, teamleder
- En sundhedsfaglig konsulent fra Danske Diakonhjem
- En social-og sundhedsassistent
- En social-og sundhedshjælper
- En sygeplejerske

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](#).