



Tilsynsrapport Højstruphave

Planlagt tilsyn med den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje efter servicelovens §§ 83-87

**Højstruphave
Højstrupparken 81**

2665 Vallensbæk Strand

CVR- eller P-nummer: 1015295615

Dato for tilsynet: 26-11-2018

**Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-65/1**

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecentret Højstruphave har 36 plejeboliger. Plejecentret er inddelt i tre etager. Hver etage har 12 boliger og eget køkken med ernæringsassistent, hvor maden tilberedes
- Til plejecentret er tilknyttet et daghjem for borgere i eget hjem. Borgere på Højstruphave deltager i forskellige aktiviteter sammen med daghjemsgæster
- Plejeenheden har ikke en specifik målgruppe, men ledelsen oplyser, at en stor andel af borgerne har kognitiv funktionsnedsættelse
- Den daglige ledelse varetages af plejecenterleder Henriette Thejsen. Plejeenheden er i proces med at ansætte to teamledere
- Personalet udgøres af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Der er syv til otte medarbejdere tilknyttet den enkelte etage med en ligelig fordeling af hjælpere og assistenter, samt en ernæringsassistent. Der er yderligere tre sygeplejersker, der går på tværs i huset
- I aftenvagten er der 2-3 medarbejdere i aftenvagt pr. etage afhængig af tyngde. I nattevagten en medarbejder pr. etage, hvoraf den ene også kører i hjemmeplejen.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Plejecenterleder Henriette Thejsen
 - Udviklingssygeplejerske
- Der blev foretaget interview med fem medarbejdere
 - Social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent, sygeplejerske og sygeplejestuderende
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokost på tre etager
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til plejecenterleder Henriette Thejsen
- Tilsynet blev foretaget af: Tilsynskonsulenter Susie Poulsen og Susanne Jensen samt specialkonsulent Camilla Rønnov Molin

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold i rapporten. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 26. november 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Det er styrelsens samlede vurdering, at der på plejeenheden ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet.

Baggrunden herfor er, at styrelsen ved tilsynet har vurderet, at alle målepunkter var opfyldt.

Det er endvidere styrelsens vurdering, at plejeenheden ved tilsynet fremstod velorganiseret med gode procedurer og en høj grad af systematik.

Nedenstående er en tematisk fremstilling af baggrunden for den samlede vurdering:

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for høj tilfredshed og selvbestemmelse. Ved interview med ledelsen og medarbejdere fremgik det, at de arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Ved samtale med borgere var det tydeligt, at personalet tog individuelle hensyn, og imødekom borgernes individuelle ønsker. Den individuelle tilgang fremgik også i samtalen med medarbejderne samt i dokumentationen.

Ved tilsynets deltagelse i frokostmåltidet gav borgerne udtryk for stor tilfredshed over, at maden blev tilberedt fra bunden på etagerne, og de dermed havde stor indflydelse på menuen, og hvornår på dagen den varme ret blev serveret.

Alle borgere havde en kontaktperson, der besøgte dem inden indflytning på plejecentret, afholdte opfølgningssamtale efter indflytning, herunder også samtale om borgers ønsker til den sidste tid.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne gav udtryk for, at de kunne få den hjælp, de havde behov for, at de kunne få hjælp til at leve det liv, de selv ønsker, og at der var et godt samarbejde med plejeenheden. Borgerne oplevede, at der var en god tone og adfærd fra plejeenheden, og den enkeltes ønsker og behov blev respekteret, hvilket også fremgik ved tilsynets observationer.

Personalet arbejdede bevidst med at understøtte relationerne blandt borgerne, og dette fremgik meget tydeligt ved deltagelsen i frokosten. Der var et godt samarbejde med de pårørende, hvilket fremgik ved journalgennemgang.

Ved styrelsens interview af ledelse og medarbejdere blev der redegjort for, hvordan de i hverdagen arbejdede med at sikre trivsel, for eksempel med fokus på relationer borgerne imellem.

Ved interview gav de pårørende udtryk for, at der var et godt samarbejde med personalet.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Styrelsen har her lagt vægt på, at personalet og ledelsen kunne redegøre for pædagogiske metoder og arbejdsgange (blandt andet socialpædagogiske handleplaner) i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse, og dette fremkom både ved interview med ledelse og medarbejdere.

Ledelse og medarbejdere redegjorde ved interview for, at de arbejdede ud fra Kitwod-personcentreret omsorg. Ved observation og interview med borgere fremgik dette tydeligt. Ledelsen redegjorde ved interview for, at der på plejecentret aktuelt var tilknyttet ekstra personale, tæt samarbejde med demenskoordinator og Geo-team samt VISO-forløb med henblik på at forebygge magtanvendelse. Styrelsen kunne ved gennemgang af dokumentation se eksempler på, hvordan plejeenheden aktivt arbejdede med at forebygge magtanvendelse.

Der blev arbejdet systematisk med forebyggelse, og der var fokus på ændringer i borgernes funktionsevne. Der blev afholdt ugentlige tværfaglige teammøder, og ved journalgennemgang af dokumentationen var der en god beskrivelse af hjælp, omsorg og pleje af de enkelte borgere, hvor der var taget højde for den enkeltes behov og ønsker. Der var ved tilsynet en drøftelse af, hvordan plejeenheden kan sikre en mere systematisk opfølgning på alle borgere. Ledelsen forventede af FSIII vil medvirke til dette.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at organiseringen understøtter plejeenhedens kerneopgave. Personalet arbejdede sammen på tværs af etager, og der var fokus på opgaver i hele døgnnet. Der var i plejeenheden et højt fagligt niveau,

god ledelsesmæssig styring og et godt tværfagligt samarbejde, hvilket både fremgik ved interview med ledelsen samt ved medarbejderinterviewet.

Personalet blev inddraget mest muligt i den daglige arbejdstilrettelæggelse under forudsætning af, at de nødvendige kompetencer altid var tilstede i forhold til de konkrete opgaver.

Ledelsen havde fokus på, at medarbejderne skal have kompetencer svarende til deres opgaver, herunder viden om demens. Plejeenheden gennemførte aktuelt et undervisningsforløb for alle medarbejdere i kommunikation med formålet at skabe en fælles forståelse for, hvordan service kommunikeres.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der er fastlagt praksis for dokumentation.

Plejeenheden var for kort tid siden overgået til nyt journalsystem og FSIII, og i denne forbindelse var der etableret superbrugere på alle etager. Ledelsen redegjorde for, at alle medarbejdere var ansvarlige for at dokumentere og opdatere tilstande.

Den social- og plejefaglige dokumentation fremgik systematisk, sammenhængende, helhedsorienteret og overskuelig i journalsystemet, og personalet kunne fremfinde de relevante oplysninger. Ved styrelsens gennemgang af dokumentation var der aktuel døgnrytmeplan, mål for indsatser med mere. Ledelsen oplyser, at afløsere ikke aktuelt har adgang til journalen, men der arbejdes på en løsning.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der er mulighed for deltagelse i mange aktiviteter. Der er ansat medarbejdere til opfyldelse af klippekortsordningen, der også finder sted om aftenen. Der var fokus på klippekortsmodellen, og denne ordning blev benyttet til at understøtte borgernes selvbestemmelse. Plejeenheden har et stort antal frivillige.

Der blev arbejdet målrettet med rehabilitering, og der var ved tilsynet drøftelse om, hvordan måltidet kan gøres til yderligere en aktivitet i dagligdagen.

Hvis borgerne havde behov for træning efter serviceloven var dette muligt via Genoptræningsafsnit i kommunen. Der var aktuelt ingen borgere, der var i træningsforløb.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv	X			
B	At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet	X			
C	At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt	X			
D	At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker	X			
E	At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden	X			

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning	X			
C	C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning	X			

	C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning	X			
--	--	---	--	--	--

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker	X			
	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det	X			
C	C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen	X			
	C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund	X			
D	At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret	X			

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov	X			
C	At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug	X			
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer	X			
E	At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur	X			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse	X			
C	At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse	X			

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand	X			
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
C	At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber	X			
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen	X			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
B	At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne	X			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet	X			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere	X			
	A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer	X			
B	At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen	X			

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne	X			
	A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			

	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet	X			
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret	X			
	C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede	X			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			X	Borgerne i plejeenheden modtog ikke §83a ydelser
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
D	D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne			X	

	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte			X	
--	---	--	--	---	--

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet			X	I de tre stikprøver, var der ingen borgere som modtog træning efter Servicelovens §86
B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgeres forløb	X			
C	At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg	X			
D	D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb			X	
	D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret			X	

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem	X			
	A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter	X			

B	At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger	X			
C	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

<https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/social-og-plejefagligt-tilsyn-paa-aeldreomraadet/>

¹¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.