



Tilsynsrapport

Hjemmeplejen, Distrikt Egevang

Ullerslev

Risikobaseret planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Hjemmeplejen, Distrikt Egevang Ullerslev
Egevangsvej 1B

5540 Ullerslev

CVR- eller P-nummer: 1022419192

Dato for tilsynet: 04-10-2018

*Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Syd
Sagsnr.: 5-9011-1241/3*

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Distrikt Egevang er en hjemmeplejeenhed i Nyborg Kommune
- Den daglige ledelse varetages af Nanna Kjær
- Der er ca. 300 borgere, der modtager hjemmepleje
- Der er i alt 45 medarbejdere ansat, heraf to koordinatore, otte social- og sundhedsassistenter, og 34 social- og sundhedshjælpere
- Plejeenheden benytter Nexus som dokumentationssystem.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre journaler
- Der var interview med tre borgere og en pårørende
- Der var interview med ledelsen
 - Nanna Kjær
- Der var interview med to ansatte
 - Social- og sundhedshjælpere
- Der blev foretaget observation af to plejesituationer samt interaktion mellem borgere og personale
- Afsluttende opsamling om tilsynets fund blev givet til hjemmeplejeleder Nanna Kjær og en medarbejder
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Sidsel Rohde og Tina Kolding.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger i partshøringsperioden. Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 4. oktober 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under temaerne *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder og Procedure og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har lagt vægt på, at der i enkelte journaler blev fundet mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet. Der blev også lagt vægt på, at lederen af plejeenheden oplyste, at de vil rette op på den manglende dokumentation efter den dialog og vejledning, der fandt sted under tilsynet. Lederen oplyste desuden, at hun ville videregive den nye viden om dokumentationen til kommunens øvrige ledere med henblik på generel læring i kommunen.

Styrelsen har også lagt vægt på, at plejeenheden fremstod velfungerende og velorganiseret. Det blev observeret, at personalet havde fokus på værdighed og selvbestemmelse. Såvel den pårørende som de borgere, der modtog hjælp og støtte, udtrykte ved interview, at de var glade og tilfredse med plejepersonalet og de indsatser, som de leverede.

Borgerne og den pårørende gav udtryk for, at plejepersonalet gjorde deres allerbedste for at opfylde borgernes ønsker og behov.

Fundet/fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed henstiller følgende:

- At borgerenes vaner og ønsker er kendt eller kan fremfindes af relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)

- At aftaler indgået med pårørende om eventuelle opgaver, de har påtaget sig, er dokumenteret (målepunkt 2.1)
- At ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At borgerens aktuelle ressourcer og udfordringer bliver beskrevet, så der i plejen kan tages højde for eksempelvis en borgers nedsatte syn, en borgers gangbesvær eller en borgers hukommelsesbesvær (målepunkt 5.1).

Det er styrelsens vurdering, at manglerne for målepunkterne kan udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning, der er givet under tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstilling.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. Styrelsen har her lagt vægt på, at der i to ud af tre journaler manglede beskrivelser af vaner og ønsker.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet, idet borgerne og den pårørende gav udtryk for, at plejeenheden gennem deres tilgang til borgerne og i levering af indsatser til borgerne, tog højde for borgernes individuelle behov og vaner samt opfyldte borgernes behov for selvbestemmelse og livskvalitet.

2. Borgerens trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at der var ét målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i to ud af tre stikprøver ikke var dokumenteret, hvad der var aftalt med hensyn til hvilke opgaver, de pårørende eller nære relationer havde påtaget sig i forhold til at dække borgerens behov.

Det er samtidig styrelsens vurdering, at medarbejderne kendte til aftaler indgået med de pårørende. Det er dog styrelsens vurdering, at det kan give problemer med den fornødne kvalitet, hvis denne viden ikke umiddelbart er tilgængelig for andre end de faste medarbejdere, f.eks. vikarer eller samarbejdspartnere.

Borgerne og den pårørende gav udtryk for, at plejeenheden gennem deres tilgang til borgerne understøttede og styrkede borgernes relationer. For eksempel ved at henvise til lokale muligheder for samvær og aktivitet.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var to målepunkter under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå ikke fremgik af dokumentationen. I en ud af tre journaler manglede beskrivelse af, at en borger havde fået tiltagende hukommelsesproblemer. Ligesom der i en ud af tre journaler manglede beskrivelse af opfølgende tiltag i forhold til en borger, som havde faldeepisoder.

Der blev således fundet mangler i dokumentationen, som kan have betydning for at kunne levere den fornødne kvalitet i plejen for eksempel i forhold til at kunne reagere på ændringer i borgernes tilstand samt sikre at relevante og fornødne forebyggende tiltag igangsættes efter behov.

Styrelsen fandt, at plejeenheden arbejdede systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, og havde under tilsynet gode refleksioner i forhold til at optimere arbejdet med at få dokumenteret deres observationer og indsatser.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser fik opfyldt deres særlige behov i støtten og plejen. For eksempel blev det observeret, at en medarbejder havde fokus på at kommunikere på en måde, der var individuelt tilpasset en borger med demens. Plejeenheden havde mulighed for tværfagligt samarbejde med en demenskoordinator. En pårørende oplevede, at der blev taget hensyn til ægtefællens særlige behov. For at forebygge magtanvendelse samarbejdede plejeenheden med en demenskonsulent og de pårørende.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at plejeenhedens organisering, ledelse og kompetencer på en god måde understøttede plejeenhedens opgaver med at levere støtte og pleje.

5. Procedure og dokumentation

Styrelsen har fundet, at ét målepunkt under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen har styrelsen lagt vægt på, at der i alle tre journaler delvist manglede beskrivelser af borgernes udfordringer, f.eks. en borgers nedsatte syn, en borgers gangbesvær og en borgers hukommelsesbesvær. Dette vurderer styrelsen, kan have betydning for at kunne levere den fornødne kvalitet i plejen i forhold til at sikre, at plejen udføres med udgangspunkt i de udfordringer, som den enkelte borger har.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden under tilsynet havde gode refleksioner i forhold til at rette op på ovenstående mangler.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at borgerne og den pårørende gav udtryk for, at hjemmeplejeenheden gennem deres tilgang til borgerne, og i levering af indsatser til borgerne, opfyldte borgerens behov for aktiviteter og rehabilitering.

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		I to ud af tre journaler manglede beskrivelser af vaner og ønsker.
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	<u>Medarbejdere</u> 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		I to ud af tre journaler var aftaler med de pårørende eller nære relationer ikke dokumenteret. Det fremgik ikke, hvad der var aftalt

					mht. hvilke opgaver de pårørende eller nære relationer havde påtaget sig, i forhold til at dække borgerens behov.
--	--	--	--	--	---

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 funktionsevnenedsættelser (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

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	I plejeenheden var der ikke aktuelt tilknyttet borgere, hvor magtanvendelse skulle forebygges

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		I en ud af tre journaler manglede beskrivelse af, at en borger havde fået tiltagende hukommelsesproblemer.

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 vægttab, 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 vægttab, 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 vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	x			
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet.		x		I en ud af tre journaler manglede beskrivelse af opfølgende tiltag i forhold til en borger, som havde faldepisoder.

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		I alle tre journaler manglede der delvist beskrivelser af borgernes udfordringer, f.eks. en borgers nedsatte syn, en borgers gangbesvær og en borgers hukommelsesbesvær.
	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	De borgere der blev interviewet havde ikke behov for rehabiliteringsforløb.
	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	De borgere der blev interviewet havde ikke behov for rehabiliteringsforløb.
	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	De borgere der blev interviewet havde ikke behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning.
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 borgers 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 D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret.			x	De borgere der blev interviewet havde ikke behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning.

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.