



Tilsynsrapport

Sømarken og Sømarken Skærmet

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

Sømarken og Sømarken Skærmet
Kaj Munksvej 55

4800 Nykøbing F

CVR- eller P-nummer: 1013791895

Dato for tilsynet: 15-11-2018

Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-56/1

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejeenheden Sømarken har 33 plejeboliger, 13 skærmede boliger samt tre aflastningsboliger (heraf to skærmede)
- Lejlighedernes størrelse er 60-65 kvadratmeter og der er et og to rumsboliger
- Plejeenheden er bygget i 1985 og ombygget i 2002
- Plejeenheden Sømarken ligger centralt i grønne omgivelser, som indbyder til en tur rundt på stierne og til afslapning og grill på terrassen
- Sømarkens skærmede afdeling er for mennesker med demens. I en fælles opholds- og tv-stue har de forskellige aktiviteter og tilbud, som er tilpasset den enkeltes ønsker og behov
- I den skærmede afdeling lægger de særlig vægt på en hverdag, der foregår i trygge rammer med overskuelige aktiviteter, som er tilpasset den enkelte. Den skærmede afdeling har en stor aflukket have med et væksthuse, en terrasse samt en firepersoners hyggegyng
- Afdelingen har også en fælles opholds- og spisestue med tilhørende åbent køkken, hvor alle kan følge med i tilberedning af maden, bagning m.m.
- I tilknytning til plejeenheden er der et aktivitetscenter og en cafe, som har åbent hele ugen
- I plejeenheden er der ansat social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Der er tilknyttet en centersygeplejerske med en anden ledelse. Der er tilknyttet terapeuter fra sundhedscenteret og en demens koordinator
- Plejeenheden har egen plejehjemslæge, og over 50% af borgerne har valgt denne læge.

Om tilsynet

- På tilsynet blev der foretaget
 - Tre interview med borgere
 - Et interview med ledelsen
 - Anita Tanciula, gruppeleder
 - Astrid Svendsen, risikomanager
 - Hanne-Mette Strøm, kvalitetskonsulent
 - Heidi Jensen, SSA
 - Britt Maria Hansen, gruppeleder
 - Jill Andersen, SSA
 - Pernille Jacobsen, SSA
 - Yvonne Henning, sygeplejerske
 - Et interview med medarbejdere
 - Risikomanager, kvalitetskonsulent, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, sygeplejerske.
- Styrelsen gennemgik tre borgerjournaler sammen med medarbejdere, og observationsmetoden var deltagelse i en frokostsituation
- Afsluttende opsamling blev givet til gruppelederne Anita Tanciula og Britt Maria Hansen samt kvalitetskonsulent, medarbejdere og sygeplejerske.

- Tilsynet blev foretaget af oversygeplejerske Lone Lind Pedersen og tilsynskonsulent Susie Poulsen.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. De 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 15. november 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 *Målgrupper og metoder* og *Procedurer og dokumentation*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet plejeenheden generelt fremstod velorganiseret og systematisk med gode procedurer.

Ved journalgennemgang fandt tilsynet, at i én ud af tre stikprøver manglede der beskrivelse af den social- og plejefaglige indsats med henblik på forebyggelse utilsigtet væggtab/vægtøgning. I stikprøven var der ikke udarbejdet en plan for en borgers vægtøgning og ernæringsstilstand. Borgeren havde tidligere haft behov for en ernæringsindsats på grund af undervægt, men borgeren havde efterhånden haft en kraftig vægtøgning, således at han nu var overvægtig. Personalet kunne mundtligt redegøre for planen, men denne var ikke dokumenteret.

Tilsynet fandt i to ud af tre stikprøver, at den social- og plejefaglige dokumentation ikke var beskrevet fyldestgørende. I de to stikprøver var borgernes ønsker til livsforlængende behandling ikke ajourført.

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

- At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af utilsigtet væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet (målepunkt 5.1)

Det er styrelsens vurdering, at manglerne vedrørende forebyggelse af funktionstab samt plejeenhedens dokumentationspraksis vil kunne udbedres, og at plejeenheden vil være i stand til at rette op på de anførte problemer ud fra den rådgivning og vejledning, der blev givet under tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed forudsætter, at plejeenheden opfylder ovenstående henstillinger.

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 ledelsen redegjorde for, at de arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Ved samtale med borgere var det tydeligt, at de tog individuelle hensyn og imødekom borgernes individuelle ønsker. Den individuelle tilgang fremgik også i samtalen med medarbejderne samt i dokumentationen.

De havde god erfaring med palliativ pleje, og der var godt samarbejde med frivillige og Vågetjenesten.

2. Trivsel og relationer

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

Der var et godt pårørendesamarbejde, og pårørende blev inddraget i meget høj grad.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, der ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at tilsynet ved gennemgang af dokumentationen fandt, at der i en ud af tre stikprøver manglede beskrivelse af den social- og plejefaglige indsats med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. I stikprøven var der ikke udarbejdet en plan for en borgers vægtøgning. Personalet kunne mundtligt redegøre for planen, men denne var ikke dokumenteret.

Borgerne i den skærmet enhed var primært demente, og der blev benyttet demenskoordinatorer og lagt socialpædagogiske handleplaner, hvis der var borgere, som havde brug for disse tiltag.

Personalet og ledelsen kunne forklare de pædagogiske metoder og arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse, og dette fremkom både ved interview med ledelse og medarbejdere.

Der var fokus på ændringer i borgernes funktionsevne.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der var et godt tværfagligt samarbejde, og dette fremgik både 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.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt under dette tema, som ikke var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der blev arbejdet med dokumentationen, og at borgernes mål og behov fremgik af journalen, men oplysninger omkring livsforlængende behandling var ikke systematisk ajourført.

Den social- og plejefaglige dokumentation fremgik systematisk og overskuelig i journalsystemet, og personalet kunne fremfinde de relevante oplysninger. Tilsynet fandt i to ud af tre stikprøver, at den social- og plejefaglige dokumentation ikke var beskrevet fyldestgørende og i to stikprøver var borgernes ønsker til livsforlængende behandling ikke ajourført.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved interview med ledelse, medarbejdere og borgere fremgik, at der var mange muligheder for aktiviteter. Der var rig mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter både på afdelingen og i aktivitetscenteret. Der blev arrangeret fællesarrangementer både i plejeenheden og ud af huset, ud fra ønsker fremkommet af borgerne.

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		Ved gennemgang af dokumentationen fandt tilsynet at der i en stikprøve ikke var udarbejdet en plan for en beboers vægtøgning. Perso-

					nalet kunne mundtligt redegøre for planen, men denne var ikke dokumenteret.
--	--	--	--	--	---

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		Tilsynet fandt i to ud af tre stikprøver, at den social- og plejefaglige dokumentation ikke var beskrevet

C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet		X		vet fyldestgørende. I de to stikprøver var borgernes ønsker til livsforlængende behandling ikke ajourført.
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			X	I plejeenheden blev der ikke leveret ydelser efter §83a
A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet			X	
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			X	
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			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			X	
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.				
--	--	--	--	--	--

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	
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, medarbejdere og ledelse 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.