



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport Huset Nyvang

Reaktivt tilsyn, 2020

Tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

Huset Nyvang
Rindsvej 4 - 6

8920 Randers NV

CVR- eller P-nummer: 1022890405

Dato for tilsynsbesøget: 08-10-2020

Tilsynet blev foretaget af:
Sagsnr.: 35-2511-202

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for patientsikkerhed blev den 2. juli 2020, via TV2 Østjyllands nyheder, bekendt med pårørendes bekymringer vedrørende hjælp, pleje og omsorg til borgerne på plejehjemmet Nyvang i Randers Kommune. På den baggrund anmodede styrelsen d. 10. juli 2020 plejehjemmet Nyvang om en udtalelse omhandlende de problematikker, der blev oplyst i presseomtalen d. 2. juli 2020.

Styrelsen modtog d. 22. juli 2020 udtalelsen fra plejeenheden. På baggrund af det indkomne materiale vurderede styrelsen, at oplysningerne ikke gav et fyldestgørende grundlag til at kunne vurdere om, der i plejeenheden ydes hjælp, pleje og omsorg af den fornødne kvalitet i henhold til servicelovens § 83-87.

På den baggrund besluttede styrelsen at fortage et reaktivt ældretilsyn, for at undersøge om plejeenheden har den fornødne kvalitet i den hjælp, pleje og omsorg, der udføres efter servicelovens §§ 83-87.

Fokus for tilsyn

Ved det reaktive ældretilsyn den 8. oktober 2020 blev nedenstående temaer i målepunktsættet for Ældretilsynet 2020 anvendt. Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på følgende temaer:

- Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Huset Nyvang er en kommunal plejeenhed med 60 plejeboliger for borgere med demenssygdomme. Plejeboligerne er fordelt på fire huset som yderligere er opdelt i to boenheder.
- Den overordnede ledelse varetages af Centerleder Cate Karlstad.
- Plejeenheden har følgende personalegrupper ansat: sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pædagog, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt faste afløsere. Herudover er der ansat ufaglærte medarbejdere og aktivitetsmedarbejdere.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået fire tilfældigt udvalgte borgerjournaler
- Der blev interviewet fire tilfældigt udvalgte pårørende ud af de pårørende, som havde samtykket til interview
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Centerleder Cate Karlstad
 - Assisterende centerleder, Rebekka Huus Rasmussen
- Der blev foretaget interview med medarbejdere fra hver afdeling:
 - To sygeplejersker
 - To social- og sundhedsassistenter
 - To social- og sundhedshjælpere
 - En terapeut
- Der blev foretaget observation om formiddagen og ved middagsmaden samt ved, at de tilsynsførende gik rundt i afdelingerne
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til ledelsen
 - Centerleder Cate Karlstad
 - Assisterende centerleder, Rebekka Huus Rasmussen
 - Derudover medvirkede den kommunale sundhedsfaglige konsulent samt de medarbejdere, som deltog under tilsynet
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenterne Rikke Sønderskov Sørensen, Annalise Kjær Petersen, Mary-Ann Steenbryggen Christiansen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen modtog den 11. december 2020 Huset Nyvangs høringssvar, som vi har gennemgået. Høringssvaret har ikke givet anledning til ændringer i tilsynsrapporten.

Styrelsen anerkender, at plejeenheden arbejder fokuseret med at forbedre den fornødne kvalitet.

På baggrund af, at plejeenheden forsat har mangler omfattet af påbuddet, som ikke er udbedret, fastholdes vurderingen om, at der i plejeenheden er større problemer af betydning for den fornødne kvalitet og påbuddet af 20. november 2020 fastholdes uændret.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 08. oktober 2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at der ved tilsynet blev fundet målepunkter under alle seks temaer: *Selvbestemmelse og livskvalitet, Trivsel og relationer, Målgrupper og metoder, Organisation, ledelse og kompetencer, Procedurer og dokumentation og Aktiviteter og rehabilitering*, som ikke var opfyldt.

Styrelsen har vurderet, at der er tale om større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, idet der var mangler i den social- og plejefaglige dokumentation i relation til borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg, som var gennemgående i alle fire stikprøveudvalgte omsorgsjournaler.

Der er lagt vægt på, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer var beskrevet, og borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje var afdækket, men de social- og plejefaglige indsatser fremstod ikke i alle journaler fyldestgørende beskrevet. Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor re-

levante oplysninger blev dokumenteret i journalsystemet. Dermed fremstod den social- og plejefaglige dokumentation ikke systematisk og entydig i journalsystemet. Dermed er det styrelsen vurdering, at den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, ikke var fuldt implementeret i plejeenheden.

Styrelsen har desuden vægtet, at tre ud af fire interviewede pårørende gav udtryk for at opleve utryghed for, om borgeren fik hjælp til at leve det liv, som borgeren ønskede. Herunder oplyste de, at ikke alle medarbejdere systematisk orienterede sig i omsorgsjournalen i forhold til at få kendskab til borgerens specifikke behov og ønsker. Dermed blev kendskab til borgerens behov og ønsker oplevet som meget personafhængig. Styrelsen har lagt vægt på, at der i fire ud af fire stikprøver var fyldestgørende beskrivelser af borgernes væner og ønsker, herunder eventuelle ønsker til livets afslutning. Styrelsen har derudover lagt vægt på, at der i plejeenheden blev arbejdet med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet ligesom der var iværksat forskellige tiltag med henblik på at etablere og udvikle samarbejdet med pårørende om at sikre en god tilværelse for borgerne i plejeenheden.

Styrelsen har derudover lagt vægt på, at der i plejeenheden var kendskab til relevante faglige metoder, men under tilsynet fremkom en problematik vedrørende manglende implementering af systematiske arbejdsgange med hensyn til anvendelse af faglige metoder i arbejdet til borgere med kognitiv funktionsnedsættelse, herunder anvendelse af metode til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand.

I vurderingen er der yderligere lagt vægt på, at det under tilsynets observationer kunne konstateres, at ikke alle medarbejdere havde en adfærd, der understøttede borgernes værdighed.

Det forhold, at de påviste mangler, der blev fundet var i relation til temaerne *Organisation, ledelse og kompetencer* samt *Målgrupper og metoder*, er efter styrelsens vurdering af overordnet betydning for organiseringen i plejeenheden som helhed og af den daglige understøttelse af personalet i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Derved blev hjælp, omsorg og pleje for sårbar og for personafhængig i relation til hvilke medarbejdere der generelt var tilstede.

Fundene ved tilsynet giver anledning til at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

Krav

- At plejeenheden sikrer, at alle medarbejdere har en adfærd, der understøtter borgernes værdighed (målepunkt 1.1)
- At plejeenheden sikrer, at pårørende - så vidt muligt - bliver inddraget og lyttet til i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)
- At plejeenheden sikrer, at den hjælp, omsorg og pleje borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelse (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager, tager højde for borgerens særlige behov (3.1).
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug (målepunkt 3.1)

- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom, og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer (3.1).
- At plejeenheden sikrer, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser (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 (3.1).
- At plejeenheden sikrer, at der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af hvilke faglige metoder og arbejdsgange, der kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse (målepunkt 3.2).
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- At 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 (målepunkt 3.3).
- At plejeenheden sikrer, at ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen (målepunkt 3.3)
- At plejeenheden sikrer, 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 (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgerens dokumentation (målepunkt 3.4)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder at der bliver arbejdet med fastholdelse af de nødvendige kompetencer (målepunkt 4.1)
- At plejeenheden sikrer, at medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- At plejeenheden sikrer, at borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg bliver afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser bliver beskrevet (målepunkt 5.1).
- At plejeenheden sikrer, at borgernes mål for personlig og praktisk hjælp bliver beskrevet (målepunkt 5.1).
- At plejeenheden kender målene for genoptræning- og vedligeholdelsesforløb hos relevante borgere, og hvordan de – hos disse borgere – inddrager træningselementer og aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg (målepunkt 6.2)

Styrelsen for Patientsikkerhed agter at udstede et påbud om, at plejeenheden skal opfylde ovenstående krav, inden for en fastsat frist. Se nærmere vedlagte høringsbrev.

Plejeenheden anmodes om at fremsende eventuelle bemærkninger hertil og eventuel dokumentation for opfyldelse af ovenstående punkter.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at et målepunkt under dette tema ikke var opfyldt.

I vurderingen er lagt vægt på, at der under tilsynets observationer i alle fire afdelinger i plejeenheden kunne konstateres, at ikke alle medarbejdere havde en adfærd, der understøttede borgernes værdighed. Eksempelvis blev en borger urolig og søgte hjælp, men der var ingen medarbejdere der reagerede på situationen.

Styrelsen har derudover lagt vægt på, at der i plejeenheden blev arbejdet med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet. Eksempelvis afholdt plejeenheden systematisk indflytningssamtale med borger og pårørende i borgernes eget hjem inden indflytning. Under indflytningssamtalen blev oplysninger om borgernes ønsker og vaner indhentet, ligesom der blev påbegyndt samarbejdet omkring borgerens livshistorie. I plejeenheden blev der også afholdt opfølgende samtale efter indflytning i plejeenheden.

Medarbejderne oplyste, at borgerens livshistorie blev anvendt som en integreret del i den daglige hjælp, pleje og omsorg til borgeren, og at plejeenheden bestræbte sig på at imødekomme borgerens ønsker og vaner bedst muligt.

Styrelsen har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden havde en praksis for at indhente og imødekomme borgernes ønsker og behov i relation til den sidste tid. Plejeenheden redegjorde for samarbejde med akut team, palliativ team, praktiserende læger og vågekoner i forbindelse med pleje ved livets afslutning.

Derudover er der lagt vægt på, at der i fire ud af fire stikprøver var fyldestgørende beskrivelser af borgernes vaner og ønsker, herunder eventuelle ønsker til livets afslutning.

I målepunkt 1.1 og 1.2 er markeret ikke aktuel, da borgerne i plejeenheden ikke kognitivt var i stand til at deltage i interview om borgernes oplevelse af selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse samt om ønsker til livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt.

Styrelsen har lagt vægt på, at tre ud af fire interviewede pårørende gav udtryk for at opleve utryghed for, om borgeren fik hjælp til at leve det liv, som borgeren ønskede. Eksempelvis udtrykte en pårørende bekymring for, at igangsatte aktiviteter ikke altid blev koordineret med medarbejderne, hvorfor der ikke var sikkerhed for, at aktiviteterne var i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.

Derudover er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at der i plejeenheden var iværksat forskellige tiltag med henblik på at etablere og udvikle samarbejdet med pårørende om at sikre en god tilværelse for borgerne i plejeenheden. Eksempelvis havde plejeenheden etableret mulighed for, at pårørende kunne maile direkte til borgerens specifikke team, ligesom der var etableret planlagte pårørendemøder. En ud af fire på-

rørende angav at opleve sig mere hørt i sine frustrationer end tidligere blandet andet ved, at der nu blev afholdt pårørendemøder.

I målepunkt 2.1 er markeret ikke aktuel, da borgerne i plejeenheden ikke kognitivt var i stand til at deltage i interview om borgernes oplevelse af at få hjælp til at kunne leve det liv, som de ønsker.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle fire målepunkter, ikke var opfyldt under dette tema.

I vurderingen er der lagt vægt på, at to ud af fire pårørende gav udtryk for at opleve utryghed i forhold til, hvorvidt der i plejeenheden blev ydet en hjælp, omsorg og pleje til borgeren, som tog højde for borgerens særlige behov. Ved gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation kunne tilsynet konstatere manglende eller delvis manglede beskrivelser af socialpædagogiske tilgange i to ud af fire omsorgsjournaler.

Eksempelvis manglede beskrivelse af, hvilken socialpædagogisk tilgang medarbejderne skulle anvende i forbindelse med at yde hjælp, omsorg og pleje til borgeren, når borgeren var dørsøgende, ligeledes hvilken tilgang der skulle anvendes, hvis borgeren blev udadreagerende for at forbygge brug af magtanvendelse.

Medarbejderne kunne mundtligt redegøre for en praksis, hvor man arbejdede med at imødegå borgernes særlige behov, hvor man gennem kendskabet til borgernes ønsker, vaner og livshistorie, tilstræbte at tilrettelægge hjælpen ud fra dette. Dette kendskab til borgerens ønsker og vaner, som var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, blev anvendt i den daglige hjælp, omsorg og pleje til borgeren. Ledelse og medarbejdere oplyste, at dette var medvirkende faktorer til at tilgodese borgernes særlige behov i relevante situationer og om muligt også til at forebygge magtanvendelse.

Det er dog styrelsens vurdering, at den manglende systematiske dokumentation af borgernes hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer, indebar en risiko for, at udførelsen af den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige omsorg blev for personafhængig, da grundlaget for at enhver medarbejder kunne udføre sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje til den konkrete borger manglede.

Ledelsen redegjorde for, at medarbejdere havde modtaget undervisning inden for demensområdet i relation til at arbejde ud fra metoden "Personcentreret Omsorg". I plejeenheden havde man en medarbejder med specialviden inden for demensområdet, som havde været ansvarlig for denne undervisning, og samtidig fungerede som sparringspartner for medarbejderne, når der var behov for dette. Derudover var der i kommunen en demenskoordinator og et demenskorps, som der kunne rettes henvendelse til i forhold til behov for undervisning og faglig sparring. Ligesom man også i plejeenheden havde anvendt VISO-forløb ved særlige komplekse forløb.

Ledelse og medarbejdere oplyste, at man i plejeenheden havde fokus på faglige metoder og arbejdsgange i forhold til målgruppen af borgere med nedsat kognitiv funktionsevne samt arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse.

Yderligere er der lagt vægt på, at ledelsen mundtligt redegjorde for systematisk anvendelse af metode til opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Ved interview med medarbejderne gav de dog udtryk for, at metoden ikke var fyldestgørende til at kunne sikre opsporing af adfædsændringer, som var relevant for målgruppen af borgere i plejeenheden. Derfor var der behov for at få udviklet på metoden. Under gennemgang af den social- og plejefaglige dokumentation kunne tilsynet kon-

statere mangelfuld dokumentation af ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand og opfølgning herpå, som var gennemgående i alle fire omsorgsjournaler. Ligeledes kunne det konstateres, at der var usikkerhed hos medarbejderne i anvendelse af den fastlagte arbejdsgang og faglige metode til opsporing og opfølgning på iværksatte indsatser til at forbygge forværring i borgerens helbredstilstand.

Det er styrelsens vurdering, at der i plejeenheden var kendskab til relevante faglige metoder, men der manglede systematiske arbejdsgange til at understøtte anvendelsen og dokumentationen af relevante metoder i de konkrete borgerforløb. Det er styrelsens vurdering, at manglede systematik i anvendelse af relevante metoder samt dokumentation heraf betyder, at grundlaget for, at enhver medarbejder kan yde en sammenhængende social- og plejefaglig indsats til borgere med nedsat kognitive funktionsevner (herunder demens), bliver for sårbar og dermed for personafhængig i relation til den enkelte medarbejder og dennes kompetencer. Dermed er det styrelsens vurdering, at plejeeenhedens anvendelse af relevante metoder og arbejdsgange var for tilfældig i forhold til den enkelte medarbejders kendskab til henholdsvis borgeren og plejeeenhedens generelle praksis.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, der manglede en systematik og plan for, hvordan ledelsen fremadrettet vil sikre fastholdelse af de nødvendige kompetencer til at understøtte anvendelsen af de faglige metoder i forhold til målgruppen af borgere i plejeeenheden.

Ledelsen oplyste, at der overordnet i kommunen var udarbejdet en langsigtet femårs handleplan for plejeeenheden med henblik på at imødekomme og udvikle på de problemstillinger, der var relateret til plejeeenheden, herunder blandt andet kompetenceafklaring. Men implementeringen og den fremadrettede proces mhp. fastholdelse og kontinuerlig udvikling af de nødvendige kompetencer var ved tilsynsbesøget ikke endelig klarlagt.

Ledelsen redegjorde for, at der aktuel var en proces i gang med ansættelse af flere sygeplejekompetencer, således at der blev tilknyttet en sygeplejerske til hver afdeling. På sigt skulle disse tilbydes relevant diplomuddannelse inde for demensområdet. Ligeledes blev der redegjort for processen med undervisning af alle medarbejdere, som også var en fast del af introduktionsprogrammet til alle nyansatte.

Plejeeenheden benyttede kontaktteams omkring den enkelte borger for at sikre kontinuitet og vidensdeling omkring den enkelte borger. Vidensdeling og opfølgning skete på faste teammøder og husmøder. Derudover var der mødefora til at sikre relevant vidensdeling i forhold til den faglige del, eksempelvis med sygeplejerske og social- og sundhedsassistent møder hver anden måned.

Ledelsen redegjorde for, at plejeeenheden havde ansat flere timelønnede vikarer og dermed havde et begrænset forbrug af eksterne vikarer. Ved ansættelse af vikarer og nyt personale, skete introduktion ud fra et fastlagt program samt sidemandsoplæring, hvor vikarer indgik i følgeskab med en erfaren, fast medarbejder.

Under interview med pårørende fremkom der bekymring for oplæring til samt den faglig viden hos vikarer. To ud af fire pårørende angav, at plejeeenheden havde udarbejdet specifikke indsatser og beskrivelser af hvilken hjælp, omsorg og pleje borgeren skulle have, men der ikke altid var kendskab til disse beskrivelser blandt vikarer og andre ikke-faste medarbejdere. En pårørende havde oplevet, at igangsatte indsatser ikke

blev fulgt op, når de faste medarbejdere ikke var til stede. Dermed var der bekymring for, om de rette kompetencer var tilstede i plejeenheden. To ud af fire pårørende gav udtryk for, at der manglede synlig ledelse.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema ikke er opfyldt.

I vurderingen er der lagt vægt på, at der i to ud af fire journalgennemgange ikke var fyldestgørende dokumentation af de social- og plejefaglige indsatser samt opfølgning og evaluering herpå.

Der er lagt vægt på, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer var beskrevet, og borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje var afdækket, men de social- og plejefaglige indsatser fremstod ikke i alle journaler fyldestgørende beskrevet. Tilsynet konstaterede, at plejeenheden manglede at få implementeret den fastlagte dokumentationspraksis for den social- og plejefaglige dokumentation, da det ikke var entydigt, hvor relevante oplysninger blev dokumenteret i journalsystemet. Eksempelvis at det var døgnrytmeplanen, der skulle være det beskrivende grundlag til at sikre den fornødne kvalitet i forhold til borgerens hjælp, pleje og omsorg.

Det er styrelsens vurdering, at en mangelfuld dokumentation indebærer en betydelig risiko for at udførelse af den relevante social- og plejefaglige omsorg bliver for sporadisk og personafhængig, da der er et mangelfuldt grundlag for, at alle medarbejderne kan udføre en relevant, sammenhængende og helhedsorienteret hjælp, omsorg og pleje til borgerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at der var et målepunkt, som ikke var opfyldt under dette tema.

Styrelsen har lagt vægt på, at der hos en borger, som havde afsluttet et træningsforløb ikke kunne redegøres for, hvorledes der blev fulgt op forløbet, ligesom der manglede beskrivelse af hvordan borgerens færdigheder, blev understøttet i den daglige hjælp, pleje og omsorg. Dette blev også udtrykt hos den pårørende, som angav bekymring for borgerens vedligeholdelse af gangfunktionsniveau, da oplevelsen var, at der ikke var lydhørhed for denne bekymring, men der blot blev henvist til at borgerens ændring i funktionsniveau var en del af udviklingen i demenssygdommen.

Plejeenheden redegjorde for en praksis, hvor der blev arbejdet ud fra den rehabiliterende tilgang i relation til rehabilitering, genoptræning og aktiviteter i samarbejde med borgerne og andre relevante aktører. Plejeenheden havde samarbejde med de kommunale fysioterapeuter, som kom i plejeenheden, når borgren var bevilget et træningsforløb. Ligesom man i plejeenheden havde en fast ansat terapeut. Der var aktuel en proces i gang med implementering af tværfaglige rehabiliteringsmøder (DTR-møder), hvor man i et tværfagligt forum løbende ville følge op på borgerens forløb og mål. Under tilsynet blev drøftet, at dette tværfaglige samarbejde kunne bidrage til at sikre en systematisk understøttelse af den enkelte borgers træningsforløb med hensyn til opfølgning og inddragelse af relevante træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg.

Plejeenheden havde en aktivitetsmedarbejder tilknyttet, som stod for forskellige aktiviteter i plejeenheden.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i et § 83a forløb eller i et § 86 genoptræningsforløb, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i den tematiske gennemgang af målepunkterne.

4. 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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
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		Under observation i plejeenheden observerede tilsynsførende larm fra medarbejderne som smækkede med døre, havde personalesnak når borgerne var tilstede samt talte om borgeren i tredje person. Tilsynsførende observerede en borger som blev urolig og søgte hjælp men der var in-

					gen medarbejdere der reagerede på situationen.
--	--	--	--	--	--

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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom

	A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov		x		<p>Tre ud af fire interviewede pårørende gav udtryk for utryghed for om borgeren fik hjælp til at leve det liv, som de ønskede:</p> <p>En ud af fire pårørende oplevede bekymring vedrørende igangsatte aktiviteter, som ikke blev koordineret med medarbejderne, hvorfor der ikke var sikkerhed for at aktiviteterne var i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov.</p> <p>To ud af fire pårørende oplevede at ikke alle medarbejdere orienterede sig i omsorgsjournalen i forhold til at få kendskab til borgerens specifikke behov og ønsker. Dermed blev kendskab til borgernes behov og ønsker oplevet som meget personafhængig, og en pårørende havde oplevet at en igangsat indsats var gået i stå grundet udskiftning af medarbejdere.</p>
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		En ud af fire pårørende oplevede bekymring vedrørende igangsatte aktiviteter som ikke blev koordineret med medarbejderne hvorfor der ikke var sikkerhed for at aktiviteterne var i overensstemmelse med borgerens særlige behov.
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		Med baggrund af observationer i plejeenheden, mangelfulde beskrivelser i to ud af fire omsorgsjournaler samt udsagn fra på-

					rørende at hjælp, pleje og omsorg, som blev oplevet personafhængig i forhold til den enkelte medarbejder, manglede der systematiske arbejdsgange til at understøtte kendskab og anvendelse af relevante metoder og arbejdsgange hos alle medarbejdere.
D	At der hos borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer		x		<p>I to ud af fire omsorgsjournaler var der enten helt manglede eller manglefulde beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer:</p> <p>I en omsorgsjournal manglede beskrivelse af den socialpædagogiske tilgang, når borgeren blev dørsøgende. I borgere ns journal stod beskrevet, at borgeren kunne være udadretagerende, men der manglede beskrivelse af den socialpædagogiske tilgang for, hvordan medarbejderne skulle håndtere disse situationer.</p> <p>I en anden omsorgsjournal manglede en fyldestgørende beskrivelse af, hvordan medarbejderne skulle guide borgeren i forbindelse med hjælp til personlig hygiejne.</p>
E	Det afspejles i tone, adfærd og kultur, at borgere med kognitive funktionsevne-nedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.		x		Under observation i plejeenheden observerede tilsynsførende larm fra medarbejderne som smæk-

					<p>kede med døre, havde personalesnak når borgerene var tilstede samt talte om borgerne i tredje person.</p> <p>Tilsynsførende observerede en borger som blev urolig og søgte hjælp men der var ingen medarbejdere der reagerede på situationen.</p>
--	--	--	--	--	--

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		<p>I en omsorgsjournal, hvor det var relevant, manglede beskrivelse af faglige metode og arbejdsgang til at forebygge evt. magtanvendelse.</p> <p>Eksempelvis manglede beskrivelse af den social pædagogiske tilgang, når borgeren blev dørsøgende. I borgerens journal stod beskrevet, at borgeren kunne være udadretterende, men der manglede beskrivelser af den socialpæ-</p>

					dagogske tilgang for, hvordan medarbejderne skulle håndtere disse situationer.
--	--	--	--	--	--

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		<p>En ud af fire pårørende gav udtryk for at opleve, at medarbejderne ikke var opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.</p> <p>Eksempelvis havde pårørende oplevet selv at skulle gøre medarbejdere opmærksomme på, at borgeren havde ændret adfærd og selv komme med forslag til hvilken indsats der skulle iværksættes.</p>
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		Den systematiske metode til opsporing og opfølgning på ændringer i borgerens fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, var ikke fuldt implementeret i plejeenheden, da medarbejderne gav udtryk for usikkerhed i anvendelsen af metoden. Ligesom de gav udtryk for, at metoden ikke var fyl-

					destgørende til at opspore relevante ændringer hos målgruppen af borgere med nedsat kognitiv funktionsnedsættelse.
D	At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen		x		<p>I fire ud af fire omsorgsjournaler var mangelfulde beskrivelser af ændringer i borgernes helbredstilstande samt opfølgninger herpå.</p> <p>Hos to borgere med fysiske helbredsproblematikker manglede en plan for opfølgning ligesom der manglede en angivelse af ønsket normaltilstand.</p> <p>Hos to borgere med kendte problematikker i forhold til en fysisk helbredstilstand manglede beskrivelse af plan for opsporing og opfølgning ligesom der manglede beskrivelse af hvilke symptomer de pågældende borgere ofte frembød i forbindelse med forværring i den fysiske helbredstilstand.</p> <p>Hos en af de fire borgere manglede omsorgsjournalen en beskrivelse af borgers normale fysiske funktionsevne i forbindelse med en specifik aktivitet.</p>

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		<p>Tilsynet konstaterede usikkerhed hos medarbejderne i anvendelse af den fastlagte arbejdsgang og faglige metode til opsporing og opfølgning på iværksatte indsatser til at forbygge forværring i borgerens helbredstilstand.</p> <p>Eksempelvis i forhold til om metoden skulle anvendes i en konkret situation.</p>
D	At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet		x		<p>Tilsynet blev oplyst om at døgnrytmeplanen skulle indeholde beskrivelser af de social- og plejefaglige indsatser, da denne dannede grundlaget til at sikre, at medarbejderne var bekendt med hvilke observationer og forbyggende indsatser, der skulle udføres hos den enkelte borger. Dette var ikke systematisk implementeret i den social- og plejefaglige dokumentation, da dette mang-</p>

					lede i tre ud af fire omsorgsjournaler.
--	--	--	--	--	---

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		Der manglede en systematik for, hvordan ledelsen fremadrettet ville sikre fastholdelse af de nødvendige kompetencer til at understøtte anvendelsen af de faglige metoder i forhold til målgruppen af borgere i plejeenheden.
	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 indsætter	x			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation		x		Ved dokumentationsgennemgang kunne tilsynet konstatere, at den fastlagte praksis for den social- og plejefaglige dokumentation ikke var fuldt implementeret i plejeenheden, og der manglede systematik for den social- og plejefaglige dokumentationspraksis.
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 indsætter er beskrevet		x		I to ud af fire omsorgsjournaler var mangelfulde beskrivelser af de afledte social- og plejefaglige indsætter i forhold til borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje. Eksempelvis manglede i en omsorgsjournal beskrivelse af de socialpædagogiske indsætter, når borgeren blev dørsøgende og/eller udadreagerende. I en anden omsorgsjournal manglede en fyldestgørende beskrivelse af hvordan medarbejderne skulle guide

					borgeren i forbindelse med hjælp til personlig hygiejne.
	C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret		x		Det var gennemgående i alle fire omsorgsjournaler, at borgerens mål ikke systematisk blev dokumenteret.
	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 (§83a)			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 (§83)	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 (§83a)			x	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	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 person-	x			

	lig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)				
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 (§83a)			x	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			x	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			x	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	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		En pårørende ud af fire angav bekymring for borgerens vedligeholdelse af færdigheder da oplevelsen var, at der ikke var lydhørhed for denne bekymring, men der blot blev henvist til at borgerens ændring i funktionsniveau var en del af udviklingen i demenssygdommen.
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		x		Hos en borger, som havde deltaget i et træningsforløb, som aktuel var stoppet, kunne der ikke rede-

	disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg				gøres for hvorledes der blev fulgt op på dette forløb med inddragelse af relevante træningselementer i den daglige hjælp, pleje og omsorg.
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	Borgernes kognitive tilstand medførte, at borgerne ikke kunne udtale sig herom
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			

5. 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 ældretilsynet på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke ældretilsynet 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

6. 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.

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