



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Ældretilsynet tilsynsrapport

Reaktivt tilsyn, 2022

Den selvejende institution Løgstrup Friplejehjem

Den selvejende institution Løgstrup Friplejehjem
Hjarbækvej 59
8831 Løgstrup

CVR- eller P-nummer: 1023591061

Dato for tilsynet: 25-04-2022

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, tilsyn og rådgivning Vest
Sagsnr.: 35-2511-478

1. Begrundelse og fokus for tilsynet

Begrundelse for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har på baggrund af uvarslet reaktivt ældretilsyn udført den 23. november 2021 hos Den selvejende institution Løgstrup Friplejehjem udstedt påbud den 13. december 2021 til plejeenheden. Vi konstaterede ved et opfølgende tilsynsbesøg den 24. januar 2022 at der fortsat var fund omfattet af ældretilsynets påbud af den 13. december 2021 og at påbuddet derfor ikke kunne ophæves.

1. **Plejeenheden skal sikre borgernes selvbestemmelse, livskvalitet og pleje ved livets afslutning, herunder:**
 - a) At der er fokus på at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet (målepunkt 1.1)
 - b) At borgernes vaner og ønsker er indhentet, beskrevet og kan fremfindes af alle relevante medarbejdere (målepunkt 1.1)
 - c) At det sikres, at tone, adfærd og kultur i plejeenheden understøtter borgernes selvbestemmelse og værdighed (målepunkt 1.1)
 - d) At borgerne oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning (målepunkt 1.2)
 - e) At der etableres en praksis for, at borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet (målepunkt 1.2)
 - f) At alle relevante medarbejdere ved, hvor de kan finde borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 1.2)
2. **Plejeenheden skal sikre borgernes trivsel og relationer, herunder:**
 - a) At pårørende bliver inddraget, og at der lyttes til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov (målepunkt 2.1)
 - b) At der er fokus på at understøtte borgernes trivsel (målepunkt 2.1)
 - c) At plejeenheden medvirker til at understøtte borgernes relationer ved at inddrage og samarbejde med pårørende, hvis borgerne ønske det (målepunkt 2.1)
 - d) At der etableres en praksis, hvor borgerne bliver inddraget, og hvor der bliver taget udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen (målepunkt 2.1)
 - e) At der etableres en praksis, som understøtter borgernes tilknytning til deres pårørende og det omgivende samfund (målepunkt 2.1)
 - f) At aftaler af betydning for borgernes daglige hjælp, pleje og omsorg er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 2.1)
3. **Plejeenheden skal sikre relevant hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug samt forebygge magtanvendelse, herunder:**
 - a) At plejeenheden sikrer, at tone, adfærd og kultur afspejler, at borgere med kognitive funktionsnedsættelser modtager den relevante faglige hjælp, omsorg og pleje (målepunkt 3.1)
 - b) At det sikres, at medarbejderne har kendskab til og anvender faglige metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (målepunkt 3.1)

- c) At det sikres, at der hos borgere med kognitive funktionsnedsættelser findes beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af den hjælp, omsorg og pleje, der skal ydes til disse borgere i relevante situationer (målepunkt 3.1)
- d) At det sikres, at medarbejderne kender og anvender metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2)
- e) At der sikres, at der hos relevante borgere er beskrivelser i den social- og plejefaglige dokumentation af faglige metoder og arbejdsgange til forebyggelse af magtanvendelse (målepunkt 3.2).

4. Plejeenheden skal sikre, at der er fokus på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, samt sikrer forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgerne herunder:

- a) At der er fokus på ændringer i borgernes sædvanlige tilstand (målepunkt 3.3)
- b) At der etableres en praksis, der sikrer fokus på og anvendelse af faglige metoder og redskaber samt arbejdsgange til (målepunkt 3.3):
 - Systematisk opsporing af ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - Systematisk opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand
 - At der etableres en praksis for, at ændringer i borgernes helbredstilstand samt opfølgning herpå fremgår af dokumentationen
- c) At plejeenheden sikrer, at der er opmærksomhed på hjælp, omsorg og pleje rette mod at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne hos borgerne (målepunkt 3.4)
- d) At plejeenheden sikrer, at der er fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- e) At plejeenheden sikrer, at der er kendskab til og at der sker anvendelse af fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere med risiko for uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne (målepunkt 3.4)
- f) At plejeenheden sikrer, at social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne fremgår af borgernes dokumentation (målepunkt 3.4)

5. Plejeenheden skal sikre, at organisation, ledelse og kompetencer understøtter varetagelsen af kerneopgaven, herunder:

- a) At det sikres, at organiseringen understøtter plejeenhedens udførelse af kerneopgaverne gennem hele døgnet (målepunkt 4.1)
- b) At det sikres, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne (målepunkt 4.1)
- c) At det sikres, at der bliver arbejdet med rekruttering af nye medarbejdere, samt bliver arbejdet med introduktion af nye medarbejdere (målepunkt 4.1)
- d) At det sikres, at der i plejeenheden er ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever, studerende og vikarer (målepunkt 4.1)
- e) At det sikres, at medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen (målepunkt 4.1)

6. Plejeenheden skal sikre, at dokumentationspraksis understøtter sammenhængende sociale- og plejefaglige indsatser, herunder:

- a) At det sikres, at der er fastlagt en praksis som understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser i den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan, der skal dokumenteres (målepunkt 5.1)
- b) At det sikres, at der fastlægges en praksis for, hvordan relevant viden bliver delt mellem medarbejderne (målepunkt 5.1)
- c) At det sikres, at medarbejderne kender og følger praksis for den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- d) At det sikres, at borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv samt generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)
- e) At det sikres, at borgerenes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket og, at de afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1).
- f) At det sikres, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 5.1)

7. Plejeenheden sikrer varetagelsen af borgernes behov for rehabiliteringsforløb, genoptræning og vedligeholdelsestræning samt tilbud om aktiviteter til borgerne, herunder:

- a) At der sikres en praksis for tilrettelæggelse af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (målepunkt 6.1)
- b) At det sikres, at medarbejderne kender og følger arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (målepunkt 6.1),
- c) At det i videst mulige omfang sikres, at borgerne og eventuelt pårørende oplever at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
- d) At det sikres, at der er en praksis for fastsættelse af mål for den personlige og praktiske hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
- e) At det sikres, at medarbejderne kender og følger arbejdsgange for fastsættelse af mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte (målepunkt 6.2)
- f) At det sikres, at mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation (målepunkt 6.2)
- g) At det sikres, at der etableres en praksis for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt samt at, der bliver sat mål for den enkelte borgeres forløb (målepunkt 6.3)
- h) At det sikres, at der etableres en praksis for at indhente borgerens ønsker til meningsfulde aktiviteter (målepunkt 6.4)
- i) At det sikres, at der etableres en praksis for at inddrage og motivere borgerne i deltagelse i aktiviteter, som er meningsfulde for den enkelte borger (målepunkt 6.4)

Tilsynet er gennemført som en del af opfølgningen på påbuddet.

Fokus for tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har fokuseret tilsynet på:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død
- Borgernes trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedure og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

2. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Løgstrup Friplejehjem er en selvejende plejeenhed i Viborg Kommune. Plejeenheden udfører personlig pleje og praktisk bistand hos 24 borgere.
- Ledelsen varetages fra 1/12 2021 af forstander Ane Gleerup og pr. 1/1 2022 stedfortræder Birgitte Langhoff-Jensen
- Der er i plejeenheden samlet ansat 21 medarbejdere: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælp, pædagog. En fast medarbejder er ansat i en delt funktion som fysioterapeut og social- og sundhedsassistent. Herudover er der ansat faste afløsere to ufaglærte og tre faglærte. Endvidere er der køkken personale og pedel.
- Der blev beskrevet et godt samarbejde med hjemmesygeplejen i Viborg kommune.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre omsorgsjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet to pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen af plejeenheden:
 - Forstander Ane Gleerup
 - Stedfortræder Birgitte Langhoff-Jensen
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
 - social- og sundhedshjælper
 - social- og Sundhedsassistent
 - sygeplejerske
- Der blev foretaget observation af medarbejdernes adfærd og kommunikation med borgerne i borgernes eget hjem
- Tilbage melding på tilsynet blev givet til ledelsen og udvalgte medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Jane F. Bjerregaard og Annalise Kjær. Petersen.

3. Vurdering og sammenfatning

Konklusion

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 13. december 2021 et påbud til Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem på baggrund af fund gjort på det uvarslede tilsynsbesøg den 21. november 2021. Styrelsen var på opfølgende tilsyn den 24. januar 2022, hvor styrelsen konstaterede, at ikke alle forhold omfattet af påbuddet var efterlevet og fastholdt afgørelsen af den 13. december 2021.

Styrelsen har på den baggrund været på et opfølgende tilsyn den 25. april 2022 med henblik på vurdering af, om påbuddet i sin helhed var efterlevet af Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem.

På baggrund af opfølgende reaktivt tilsyn den 25. april 2022 på Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem er det styrelsens samlede vurdering, at Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem har arbejdet målrettet med indsatserne omfattet af påbuddet.

Styrelsen kunne ved det opfølgende reaktive tilsyn den 25. april 2022 konstatere, at der i plejeenheden ikke var problemer af betydning for den fornødne kvalitet i henhold til hjælp, omsorg og pleje, jf. servicelovens §§ 83-87, og at påbuddet derfor i sit hele er efterlevet af Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem og påbuddet ophæves.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 25-04-2022 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Baggrunden for vurderingen er, at alle målepunkter var opfyldte ved tilsynet.

Styrelsen for Patientsikkerhed har vurderet at plejeenheden har arbejdet målrettet med en fokuseret proces, hvor der var implementeret arbejdsgange og metoder der understøttede den sammenhængende og helhedsorienterede indsats til borgerne.

Vi har vurderet at plejeenheden understøttede borgernes livskvalitet og selvbestemmelse i hverdagen, og ved livets afslutning. Borgerne fik hjælp til at leve det liv de ønskede, de havde muligheder for sociale kontakter og meningsfulde aktiviteter, ligesom borgerne kunne få tilbud om rehabiliteringsforløb og træning efter behov. Plejeenheden havde en god og værdig tone og kultur, og der var et godt samarbejde mellem medarbejderne og de pårørende.

Plejeenheden arbejdede tværfagligt og systematisk med forebyggelse, idet der var fokus på ændringer i borgernes tilstand, samt den fornødne opfølgning som følge heraf. Plejeenheden havde også relevante faglige arbejdsgange og metoder til at varetage hjælp og støtte til borgere med særlige behov.

Vi har desuden vurderet, at plejeenhedens tværfaglige organisering og dokumentationspraksis understøttede kerneopgaverne, samt at plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang og sammenhængende indsatser i plejen af borgerne, herunder sammenhæng i træningsforløb.

Endelig er det vores vurdering, at der i plejeenheden var kommet et øget fokus på den ledelsesmæssige forankring i forhold til at understøtte en fast struktur for mødefora, sammenholdt med synlighed i forhold til at understøtte den faglige ansvars- og opgavefordeling i dagligdagen, som bidrog til, at plejeenhedens tværfaglige organisering og dokumentationspraksis understøttede kerneopgaverne. Ligesom plejeenheden havde arbejdsgange og metoder, der sikrede en rehabiliterende tilgang og sammenhængende indsatser i den hjælp, pleje og omsorg, der blev ydet til borgerne.

Tematisk fremstilling af den samlede vurdering

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Vi vurderer, at de to målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at der af borger og pårørende blev beskrevet tilbud om indflytningssamtaler med borger, samtalerne blev af borgere og pårørende beskrevet med fokus på, dagligdag, hjælp, pleje og omsorg samt selvbestemmelse og livskvalitet.

Vi har yderligere lagt vægt på, at plejeenheden havde implementeret en praksis til at indhente borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning og afklaret hvor oplysningerne skulle fremgå i den social- og plejefaglige dokumentation, så enhver medarbejdere kunne imødekomme borgernes ønsker rettidigt.

Plejeenhedens medarbejdere havde kendskab til pleje og omsorg ved livets afslutning og ledelsen oplyste, at der var planlagt undervisning i palliation.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejderne havde en værdig tone, adfærd og kultur, når de var sammen med borgerne. Borger og pårørende oplevede generelt at blive imødekommet i forhold til ønsker og vaner. Borgernes ønsker og vaner var beskrevet i omsorgsjournalerne i den social- og plejefaglige dokumentation.

2. Borgernes trivsel og relationer

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at der var en systematisk praksis i forhold til afdækning af samarbejdet med borgere og pårørende, for at understøtte borgernes ønsker og behov i forhold til opgaveudførelsen. Borger og pårørende var inviteret ind til indflytningssamtaler og planen for kontaktpersonsordning var implementeret. Pårørende gav udtryk for, at de nu viste hvem kontaktpersonen var og oplevede sig inddraget og at der blev lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov. Ledelse og medarbejdere gav udtryk for, at det var muligt at imødekomme specifikke ønsker om f.eks. faste opfølgningssamtaler.

Pårørende gav under interview udtryk for, at det var tryghedsskabende for borgerne, nu hvor der var overvejende faste medarbejdere i plejeenheden.

I vurderingen har vi også lagt vægt på, at der generelt i omsorgsjournalerne var beskrivelser af aftaler, indgået med de pårørende og netværket, som havde betydning for den daglige hjælp og støtte til borgerne.

3. Målgrupper og metoder

Vi vurderer, at de fire målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at de interviewede borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug og deres pårørende gav udtryk for, at hjælp, omsorg og pleje tog højde for borgernes særlige behov.

Ledelsen redegjorde for relevante faglige metoder og arbejdsgange, der tilgodeså borgernes behov. Disse metoder og arbejdsgange var kendte af medarbejderne og blev anvendt i praksis, når de ydede hjælp, omsorg og pleje hos borgerne. Desuden var der beskrivelser af borgernes hjælp, omsorg og pleje i relevante situationer i omsorgsjournalerne, herunder forebyggelse af magt.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde også for, at plejeenheden benyttede relevante metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse samt hvilke tværfaglige samarbejdspartnere, der kunne bistå med faglige special kompetencer på området. Ledelsen redegjorde for, at der havde været undervisning i forebyggelse af magtanvendelse og at der var plan for individuel kompetenceudvikling på området, så der var en nøgleperson med opdateret viden indenfor demens området. Der var ved tilsynet ikke konkrete borgerforløb, hvor det var relevant med faglige beskrivelser i af metoder for at forebygge magtanvendelse i den social- og plejefaglige dokumentation. Derfor er det markeret som uaktuel under målepunktet.

Under tilsynet observerede vi, at medarbejdernes tone, adfærd og kultur afspejlede, at de tog højde for udfordringer hos borgere med funktionsevnenedsættelse.

Vi har også lagt vægt på, at borgerne og at pårørende oplevede, at medarbejderne var opmærksomme på ændringer i borgernes tilstand. Ledelsen og medarbejderne redegjorde for en systematisk opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes tilstand, hvilket også fremgik af omsorgsjournalerne. Medarbejderne oplyste, at der var implementeret en fast arbejdsgang, hvor ledere og medarbejdere mødtes daglig, for faglig fordybelse, refleksion og understøttelse af dokumentationspraksis. Herudover var der implementeret handleplansmøder til videndeling og ensretning af indsatser for de konkrete borgerforløb.

Vi har videre lagt vægt på, at de interviewede borgere og deres pårørende oplevede at få hjælp, omsorg og pleje rettet mod at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.

Ledelsen og medarbejderne redegjorde for plejeenhedens relevante arbejdsgange og faglige metoder i arbejdet med de forebyggende indsatser, der også fremgik af omsorgsjournalerne.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at plejeenhedens tværfaglige organisering understøttede kerneopgaven døgnet igennem. Der var en tydelig ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, elever/studerende og vikarer. Medarbejderne havde de nødvendige kompetencer og fulgte ansvars- og opgavefordelingen. Medarbejderne oplyste under tilsynet, at der var ledelses opmærksomhed på f.eks. videre udvikling af arbejdsgange og medarbejder kompetenceudvikling.

Vi har tilmed lagt vægt på, at ledelsen havde fokus på arbejdet med rekruttering af nye medarbejdere, ligesom plejeenheden havde en systematik i forhold til at oplære nye medarbejdere i plejeenhedens opgaver, under hensyntagen til medarbejdernes individuelle kompetencer, og i de værdier og den kultur som danner grundlaget for plejeenhedens indsatser hos borgerne.

5. Procedurer og dokumentation

Vi vurderer, at målepunktet var opfyldt under dette tema.

Vi har vi lagt vægt på, at plejeenheden havde en fastlagt praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, som understøttede sammenhængende indsatser mellem de forskellige faglige beskrivelser af borgernes behov for hjælp, pleje og omsorg. Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger var beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.

Vi har også lagt vægt på, at det var tydeligt for alle medarbejdere hvornår, hvor og hvordan der skulle dokumenteres, og hvordan den nødvendige viden blev delt mellem medarbejderne.

Medarbejderne fulgte den fastlagte dokumentationspraksis, og relevante beskrivelser af borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer, social- og plejefaglige indsatser samt, at afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser fremgik af omsorgsjournalerne.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Vi vurderer, at de fire målepunkter var opfyldt under dette tema.

Vi har lagt vægt på, at ledelsen kunne redegøre for plejeenhedens praksis vedrørende træningsforløb efter §§ 83a og 86. Tilsynet kunne konstatere, at ledelsen havde fastlagt en praksis til vurdering af borgernes evt. behov for træningsforløb. Medarbejderne redegjorde for muligheden og kendskab til arbejdsgange i samarbejde med den kommunale visitation i forhold til vurdering af borgernes evt. ansøgning af rehabilitering, genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter §§ 83a og 86 således at relevante træningselementer blev beskrevet og inddraget i den daglige hjælp, pleje og omsorg hos borgerne. Der var ansat en fysioterapeut i plejeenheden som deltog i

de relevante borgerforløb med tværfaglig sparring vedrørende træning og hvordan træningselementer kunne inddrages i den daglige aktiverende tilgang.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at der blev arbejdet med den hverdagsrehabiliterende tilgang, hvor medarbejderne tog afsæt i kendskab til den enkelte borger og dennes særlige behov og havde fokus på borgerens ønsker og på, at borgerne fortsat udviklede eller fastholdt deres funktionsevne. Ligeledes var der fast daglig møde, med tværfaglig vidensdeling i forhold til at sikre sammenhængen i de social- og plejefaglige indsatser hos borgerne. Borgerne og de pårørende oplevede, at blive inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte efter § 83 ved f.eks. opstartssamtale til forventningsafstemning sammen med borgerne og eventuelle pårørende. Borgernes mål fremgik af omsorgsjournalerne.

Endelig har vi lagt vægt på, at de interviewede borgere og pårørende gav udtryk for at have haft en samtale med medarbejderne om, hvilke aktiviteter den enkelte borger fandt meningsfulde at deltage i. Der var en pårørende som under tilsynet gav udtryk for at opleve, at der manglede handling i forhold til aktivering. Vi har vægtet at, plejeenheden havde fokus på at motivere og understøtte den enkelte borger i at deltage i og udføre meningsfulde aktiviteter, hvilket blev beskrevet i omsorgsjournalen. Ledelse og medarbejdere fortalte under tilsynet hvorledes de via opfølgningssamtalerne / indflytningssamtaler havde lokaliseret et behov for et aktivitetsrum, der kunne benyttes til meningsfulde aktiviteter. Der var iværksat handlinger og udpeget centralt lokale midt i plejeenheden således at borgernes ønsker til specifikke meningsfulde aktiviteter kunne imødekommes og medarbejdernes oplevelse var, at der i højere grad var en fællesskabs følelse med positiv indvirkning på det fælles sociale miljø. Under tilsynets interview oplyste borgerne om, at der var indkøbt en bus, så det var muligt at planlægge f.eks. en bustur i området ud fra specifikke borger ønsker.

Ved tilsynet var der ikke borgere, som var i forløb med § 83a eller §86, hvorfor dette er markeret som uaktuelt i målepunktet.

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	Borgerne oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgeres livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet.	x			
C	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	Borgernes vaner og ønsker er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
E	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	Borgerne oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om ønsker til livets afslutning.	x			
B	B1. Ledelsen kan redegøre for, hvordan borgernes ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet.	x			
	B2. Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje og omsorg ved livets afslutning.	x			

C	C1. Medarbejderne kan redegøre for pleje og omsorg ved livets afslutning	x			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvor de finder borgernes eventuelle ønsker til livets afslutning i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A1. Borgerne oplever - så vidt muligt - at få hjælp til at kunne leve det liv, de ønsker.	x			
	A2. Pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgernes ønsker og behov.	x			
B	B1. Ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel.	x			
	B2. 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. Medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i deres behov og ønsker i omsorgen og plejen.	x			
	C2. Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til eventuelle pårørende og det omgivende samfund.	x			
D	Aftaler der er indgået med de pårørende, som betyder noget for den daglige hjælp, pleje og omsorg, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	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	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for de særlige behov.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for de faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt i plejeenheden.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	x			
	C.2 Medarbejderne bruger de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje.	x			
D	Målgruppens særlige behov for hjælp, omsorg og pleje er i relevante situationer er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
E	Tone, adfærd og kultur afspejler, at borgerne får hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres nedsatte funktionsevne.	x			

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås.	x			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.	x			
	B.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for at forebygge magtanvendelse.			x	
C	Faglige metoder og arbejdsgange, der bliver brugt til at forebygge magtanvendelse hos			x	

	konkrete borgere, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.				
--	---	--	--	--	--

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne og helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	x			
	C.2 Medarbejderne bruger ovennævnte arbejdsgange, faglige metoder og redskaber.	x			
D	Ændringer i borgernes fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning herpå er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgerne og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje er rettet mod at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne.	x			
B	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	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens 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			

	C.2 Medarbejderne bruger plejeenhedens 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	Social- og plejefaglige indsatser med henblik på at forebygge uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne, er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation, hvor det er relevant.	x			

Tema 4: Organisation, ledelse og kompetencer

4.1 Organisation, ledelse og kompetencer

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter kerneopgaverne.	x			
	A.2 Ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage kerneopgaverne, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere.	x			
	A.3 Ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende og vikarer.	x			
B	B.1 Medarbejderne kender ansvars- og opgavefordelingen.	x			
	B.2 Medarbejderne 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 Ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder	x			

	hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, hvem der har ansvaret for at dokumentere, og hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne.				
	A.2 Ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglige indsatser.	x			
B	B.1 Medarbejderne kender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	B.2 Medarbejderne følger plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
C	C.1 Borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	C.2 Borgernes behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			
	C.3 Afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.	x			
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at gennemføre helhedsorienterede og tværfaglige	x			

	rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål.				
D	D.1 Ved opstart af rehabiliteringsforløb er en individuel vurdering med udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål samt en tidsramme for forløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	
	D.2 Borgerens funktionsevne er ved afslutning af rehabiliteringsforløbet beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	

6.2 Borgere med behov for hjælp med aktiverende sigte efter § 83

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	Borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i videst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
B	Ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
C	C.1 Medarbejderne kender plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
	C.2 Medarbejderne følger plejeenhedens arbejdsgange for at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte.	x			
D	Mål for personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.	x			

6.3 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	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	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	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	D.1 Formål med borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	
	D.2 Ændringer i forhold til borgerens forløb ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er løbende beskrevet i den social- og plejefaglige dokumentation.			x	

6.4 Tilbud om aktiviteter til borgere

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	A.1 Borgeren og eventuelle pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for borgeren.	x			
	A.2 Borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter.	x			
B	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	C.1 Medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter.	x			
	C.2 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 oprindeligt 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. Ved Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2021-2024 blev det besluttet, at forlænge ældretilsynet med yderligere 4 år fra 2021-2024, og at ældretilsynet forsat skulle varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed som hidtil.²

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 bekendtgørelsen³ 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 vores hjemmeside på dette link:

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

¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² [Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2 021-2024](#)

³ Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

6. Vurdering af plejeenhed

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenheder i disse kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje

Vores kategorisering sker på baggrund af samlet vurdering af den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter. Vores vurdering er baseret på de forhold, der var tilstede ved vores aktuelle ældretilsyn, herunder fx i forbindelse med tilsynets interview med borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse samt ved foretagne stikprøver i borgernes omsorgsjournaler på tilsynsdagen.

Vi har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen af den enkelte plejeenheden i forhold til vurderingen af forhold af betydning for den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats på stedet.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til plejeenheden om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis vi vurderer, at der ved tilsynet var problemer af betydeligt omfang eller få forhold af større omfang, og at de medfører risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, eller vi vurderer, at der er problemer af større omfang, og at disse medfører en *væsentligt* forøget risiko for den fornødne kvalitet i personlig og praktisk hjælp, omsorg og pleje, kan vi give et påbud med krav til den social- og plejefaglige indsats eller om at virksomheden på plejeenheden skal indstilles helt eller delvist.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg, afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Hvis vi ved ældretilsynet bliver opmærksomme på mangler, der ikke er omfattet af tilsynets kompetence, kan vi give disse information videre til den kompetente myndighed.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet, ikke de enkelte medarbejdere.



Løgstrup Fripleshjem
Hjarbækvej 59

8831 Løgstrup

Afgørelse om ophævelse af ældretilsynspåbud Løgstrup Fripleshjem

20. maj 2022

Ophævelse af påbud

Styrelsen for Patientsikkerhed ophæver hermed påbuddet af 13-12-2021 udstedt til Løgstrup Fripleshjem på baggrund af de forhold og forbedringer, som er beskrevet nedenfor i sagsfremstillingen samt i den tilhørende endelige tilsynsrapport, som er fremsendt sammen med denne afgørelse.

Sagsnr. 35-2511-478/
Reference MNLW
T +4572229243
E tnord@stps.dk

Styrelsen forudsætter, at Den Selvejende institution Løgstrup Fripleshjem fremover fortsat overholder gældende lovgivning, herunder de krav som påbuddet var udtryk for. Afgørelse om påbuddet af 13-12-2021 vil snarest blive fjernet fra styrelsen hjemmeside.

Sagsfremstilling

Styrelsen for Patientsikkerhed udstedte den 13-12-2021 et påbud til Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem på baggrund af fund gjort på det uvarslede tilsynsbesøg den 21. november 2021. Der blev konstateret alvorlige fund af betydning for den fornødne kvalitet i 6 ud af 6 temaer inden for målepunktsættet for ældretilsynet. Styrelsen udstedte påbud med krav om, at Løgstrup Fripleshjem skulle sikre, at der blev rettet op; på mangelfuld understøttelse af borgernes selvbestemmelse, livskvalitet, mangelfuld indhentelse af ønsker i forhold til pleje i forbindelse med livets afslutning og en værdig død samt trivsel og relationer, Løgstrup Fripleshjems mangelfulde understøttelse af borgernes trivsel og relationer, Løgstrup Fripleshjems mangelfulde kendskab til og anvendelse af faglige metoder og arbejdsgange over for målgrupperne, Løgstrup Fripleshjems mangelfulde dokumentationspraksis, Løgstrup Fripleshjems mangelfulde organisering, ledelse og kompetencer i forhold til varetagelse af kerneydelsen gennem hele døgnnet samt Løgstrup Fripleshjems mangelfulde sikring af rehabiliteringsforløb, Løgstrup Fripleshjems mangelfulde indhentelse af målfastsættelse i forbindelse med tilrettelæggelse af personlig og praktisk hjælp med aktiverende sigte samt mangelfulde sikring af aktivering, som opleves som meningsfyldt for borgerne.

For en nærmere gennemgang af kravene henvises til afgørelsen af 13-12-2021. marts 2021.

Styrelsen var på opfølgende tilsyn den 24. januar 2022, hvor styrelsen konstaterede, at ikke alle forhold omfattet af påbuddet var efterlevet og fastholdt afgørelsen af den 13. december 2021.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. +45 7228 6600
Email stps@stps.dk

www.stps.dk

Styrelsen har på den baggrund været på et opfølgende tilsyn den 25. april 2022 med henblik på vurdering af, om påbuddet i sin helhed var efterlevet af Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem.

På baggrund af opfølgende reaktivt tilsyn den 25. april 2022 på Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem er det styrelsens samlede vurdering, at Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem har arbejdet målrettet med indsatserne omfattet af påbudskravene.

Styrelsen kunne ved det opfølgende reaktive tilsyn den 25. april 2022 konstatere, at der i plejeenheden ikke var problemer af betydning for den fornødne kvalitet i henhold til hjælp, omsorg og pleje, jf. servicelovens §§ 83-87, og at påbuddet derfor i sit hele er efterlevet af Den selvejende institution Løgstrup Fripleshjem og påbuddet derfor ophæves.

Styrelsen var derfor på et opfølgende reaktivt tilsyn den 25-04-2022 med henblik på, at vurdere om påbuddet i sin helhed var efterlevet af Løgstrup Fripleshjem.

For en nærmere begrundelse for ophævelsen henvises til den tilhørende endelige tilsynsrapport, som er fremsendt sammen med denne afgørelse.

Offentliggørelse

Påbud

Løgstrup Fripleshjem har ikke længere pligt til at offentliggøre påbuddet eller gøre påbuddet tilgængeligt i plejeenheden, ligesom plejeenheden ikke længere skal offentliggøre den tidligere tilsynsrapport eller gøre denne umiddelbart tilgængeligt på selve plejeenheden.

Tilsynsrapport – stps.dk

Vi kan oplyse, at den endelige tilsynsrapport udarbejdet på baggrund af det opfølgende tilsyn den 25-04-2022 snarest vil blive gjort offentligt og være tilgængelig i alt i 3 år på vores hjemmeside – stps.dk – så alle interesserede kan se resultatet af tilsynsbesøget. Styrelsens pligt til offentliggørelse følger af bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreområdet. Vi vil samtidigt fjerne den tidligere offentliggjorte tilsynsrapport angående tilsynsbesøget den 24-01-2022 fra styrelsens hjemmeside.

Tilsynsrapport – Løgstrup Fripleshjem

Løgstrup Fripleshjem har pligt til at offentliggøre den seneste tilsynsrapport udarbejdet på baggrund af opfølgende reaktive ældretilsyn den 25-04-2022 på plejeenhedens hjemmeside samt gøre denne tilsynsrapport umiddelbart tilgængelig på selve Løgstrup Fripleshjem i samme periode som tilsynsrapporten er offentliggjort på vores hjemmeside – stps.dk.

Styrelsen gør i øvrigt opmærksom på, at tilsynsrapporten udarbejdet på baggrund af opfølgende reaktivt ældretilsyn den 25-04-2022 også skal offentliggøres på plejhjemsoversigten.dk i en periode på 2 år.

Der henvises til bekendtgørelse nr. 1219 af 22. oktober 2018 om plejhjemsoversigten. Det er kommunalbestyrelser, jf. § 4 i bekendtgørelsen, og private tilbud, jf. § 5 i bekendtgørelsen, der løbende skal indberette oplysninger til plejhjemsoversigten om nye tilbud eller ændringer i eksisterende tilbud omfattet af plejhjemsoversigten.dk.

Med venlig hilsen

Miriam Nana Lereng Wilmont
Specialkonsulent, cand.jur.