



Tilsynsrapport Top Partners

Sundhedsfagligt, reaktivt - udgående tilsyn

Bosteder

Top Partners
Lindevej 2
4200 Slagelse

CVR- nummer: 30527291 **P-nummer:** 1013410050 **SOR-ID:** 1440461000016007

Dato for tilsynsbesøget: 27-08-2025

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst

Sagsnr.: 35-2011-21829



1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har modtaget bemærkninger til de faktuelle oplysninger i rapporten i form af bemærkninger omkring placeringen af kommunens instrukser og til enkelte fund, samt en beskrivelse af iværksatte tiltag.

Vi har rettet oplysningerne i rapporten vedrørende placeringen af kommunens instrukser og præciseret formuleringen af enkelte fund på den baggrund, men justeringerne har ikke en sådan karakter at de har betydning for den samlede vurdering af patientsikkerheden.

Vi anerkender, for så vidt angår de beskrevne indsatser, at Top Partners har iværksat tiltag med henblik på at rette op på de konstaterede forhold. Vi finder det dog ikke dokumenteret, at tiltagene på nuværende tidspunkt har haft den tilstrækkelige virkning i forhold til at rette op på patientsikkerheden.

Vi har derfor den 26. februar 2026 givet Top Partners et påbud om straks at sikre:

1. tilstrækkeligt grundlag for varetagelse af sundhedsfaglige opgaver.
2. forsvarlig medicinhåndtering, herunder udarbejdelse og implementering af instrukser herom.
3. systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå.
4. tilstrækkelig journalføring, herunder udarbejdelse og implementering af instrukser herom.
5. udarbejdelse og implementering af tilstrækkelig instruks for patienters behov for behandling.

Påbud offentliggøres separat på stps.dk og på sundhed.dk. Når vi konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **27-08-2025** vurderet, at der på **Top Partners** er:

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview, journal- og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Behandlingsstedets organisering

Det blev oplyst, at der var et tæt samarbejde med hjemmesygeplejen i Slagelse Kommune i forhold til de to udliciterede projekter (patienter). Hjemmesygeplejen overdrog sundhedsfaglige opgaver vedr. disse patienter til Top Partners. Ved evt. problemstillinger kunne hjemmesygeplejen kontaktes hele døgnet.

Top Partners har anført, at medarbejderne som udgangspunkt fører journal i deres eget journalsystem, og ved enkelte opgaver får adgang til kommunens system. I de to stikprøver, der blev gennemgået, og hvor

der var tale om overdragelse af opgaver fra Slagelse Kommune til Top Partners, var det kommunens journalsystem, de anvendte.

Vi bemærker, at det følger af reglerne om journalføring, at ethvert behandlingssted skal have én journal per patient. Det forhold, at Top Partners førte journal i et andet behandlingssteds journal (Slagelse Kommune), er dog ikke beskrevet som fund nedenfor, da vi vurderer, at det ikke i sig selv udgør en risiko for patientsikkerheden. Risikoen for patientsikkerheden i relation til journalføring er, at Top Partners ikke havde tilstrækkelig adgang til eller overblik over de oplysninger, der dannede grundlag for deres opgavevaretagelse og ikke journalførte de opgaver, de udførte i det nødvendige omfang.

Ved tilsynet konstaterede vi, at Top Partners instrukser kunne tilgås i to forskellige systemer, nemlig Slagelse Kommunes instrukser på deres system samt egne instrukser liggende på Temponizer (system til vikarbureauer). Årsagen til dette var at nogle medarbejdere ikke kunne få adgang til kommunens system. Det kan udgøre en risiko for patientsikkerheden, at ikke alle medarbejdere kan tilgå de samme instrukser, da der er en risiko for at instrukserne i det ene system ikke er opdateret.

Ved gennemgang af den sundhedsfaglige instruks konstaterede vi, at instruksene ikke var fyldestgørende i forhold til de aftaler, der var for dokumentation mellem hjemmesygeplejen og Top Partners. Endvidere var instruksene ikke fuldt implementeret jævnfør fund i journalføringen.

Journalføring og sygeplejefaglige vurderinger

I forhold til de to udliciterede patienter var der udarbejdet en samarbejdsaftale med Slagelse Kommune.

Vi konstaterede, at Top Partners sundhedsfaglige dokumentation ikke i nødvendigt omfang beskrev de to patienters problemstillinger samt iværksat pleje og behandling,

Ved gennemgang af de 12 sygeplejefaglige vurderinger fandt vi flere mangler i form af ikke fyldestgørende beskrivelser af flere problemområder. De sundhedsfaglige observationer/notater var i flere tilfælde sparsomme og det var derfor vanskeligt, at vurdere om dokumentationen vedrørende pleje og behandling var fyldestgørende.

Vi vurderer, at mangelfulde beskrivelser af patienternes aktuelle problemstillinger medfører et manglende overblik over medarbejdernes opgaver og ansvar. Det øger risikoen for, at der ikke bliver fulgt relevant op på aktuel pleje og behandling eller ændringer i patientens tilstand.

Vi har særlig lagt vægt på, at der eksempelvis manglede en beskrivelse af problemer med liggesår samt andre hudproblemer, og at der ikke var dokumentation for behandling og opfølgning. Ligeledes har vi lagt vægt på, at der manglede en tydeligere beskrivelse af den ene patients psykiske tilstand samt virkning af antipsykotiske medicin.

Vi fandt tillige mangler i begge journaler vedrørende overblik over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser. Overblik over sygdomme og funktionsnedsættelser skal kunne give et hurtigt overblik over patienten, så medarbejderne har mulighed for hurtigt at orientere sig om patienten for eksempel i en eventuel akut situation. Vi konstaterede, at Top Partners ikke havde efterspurgt de manglende oplysninger hos den kommunale hjemmesygepleje vedrørende patienternes helbredstilstande og behandling. Medarbejderne kunne imidlertid redegøre for manglerne.

Det udgør en risiko for patientsikkerheden, når eksempelvis relevante observationer hos en patient ikke er dokumenteret og udelukkende beror på mundtlige informationer mellem hjælperne og eksempelvis patienter og pårørende.

Vi vurderer, at en korrekt og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre kommunikation internt på behandlingsstedet og med samarbejdspartnere. Journalen skal desuden kunne give overblik over patientens tilstand, så medarbejderne har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering af en eventuelt akut situation.

Medicinhåndtering

Vi konstaterede flere mangler i medicinhåndteringen bl.a. i dokumentationen af ikke-dispenserbar medicin. Manglende dokumentation skaber usikkerhed om, hvorvidt patienten har fået den ordinerede medicin, og indebærer en risiko for, at medicinen administreres flere gange end ordineret.

Vi lægger vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når aktuel medicin ikke blev opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin f.eks. vedr. øjendråber. Vi har endvidere lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når holdbarhedsdatoen for urinstiks og om hældt pn medicin er overskredet væsentligt, og at det samtidigt er uklart, om det er Hjemmesygeplejen eller Top Partners, der har ansvaret for gennemgang af de sundhedsfaglige produkter. Desuden har vi lagt vægt på, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, når medicinlisten ikke blev ført systematisk og entydigt f.eks. i forhold til at et medicinsk præparat flere gange fremgik af medicinlisten, ligesom et seponeret præparat stadig fremgik af medicinkisten.

På baggrund af de mangler der blev konstateret i medicinhåndteringen og uoverensstemmelse mellem instruks og praksis, er det vores vurdering, at instruks for medicinhåndtering ikke var implementeret i tilstrækkelig grad.

Det er vores vurdering, at den manglende implementering indebærer en større risiko for patientsikkerheden, fordi instruksen har til formål at sikre en ensartet og sikker patientbehandling. Ligeledes skal den forebygge tvivlssituationer hos personalet i forhold til behandling, hvor unkladelse eller forkert udførelse kan medføre alvorlig risiko for patienten.

Samlet vurdering

Vi har ved vurderingen lagt vægt på omfanget af uopfyldte målepunkter, herunder at de uopfyldte målepunkter fordelte sig inden for flere områder. Manglerne vurderes at have et større omfang, både inden for journalføring og medicinhåndtering og kræver målrettet arbejde inden målepunkterne kan opfyldes.

Styrelsen vurderer, at der samlet er tale om større problemer af betydning for patientsikkerheden.

2. Krav

Krav

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

Nummer	Navn	
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks, der beskriver personalets opgaver i forbindelse med patienternes behov for behandling. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at overholde og følger instruksen for patienternes behov for behandling
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der foreligger en skriftlig instruks for sundhedsfaglig dokumentation. Indholdet skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning Behandlingsstedet skal sikre, at personalet har mulighed for at følge instruksen vedrørende den sundhedsfaglige dokumentation
4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at alle journalnotater overholder de formelle krav til journalføring
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at de problemområder der er angivet i målepunktet, er fagligt vurderet og beskrevet i den sundhedsfaglige dokumentation
6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der udarbejdes en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser ved indflytningen, og at den revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder en beskrivelse, opfølgning

	dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	og evaluering af den pleje og behandling som er iværksat hos patienten ift. aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme <ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at lægens tilkendegivelser efter lægekontakt er dokumenteret, og at der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge
8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinbehandling	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at det er beskrevet i en instruks, hvordan medicinen dispenseres.
9.	gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke fremgår af medicinlisten• Behandlingsstedet skal sikre, at medicinlisten føres systematisk og entydigt.
10.	Gennemgang af medicinbeholdning	<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at den ordinerede medicin findes i patienternes medicinbeholdning

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1.	Gennemgang af og interview om instruks for personalets kompetencer, ansvars- og opgavefordeling	X			
2.	Gennemgang af og interview om instrukser for patienternes behov for behandling		X		Der var en instruks for patienternes behov for behandling på Slagelse Kommunes Intranet, men ikke alle medarbejdere kunne tilgå kommunens instrukser. Top Partners havde også egne instrukser liggende på Temponizer (system til vikarbureauer.) Det forventes at både hjemmesygeplejen og Top Partners har adgang til de samme instrukser.

Journalføring

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
3.	Gennemgang af og interview om instruks vedrørende sundhedsfaglig dokumentation		X		Der var en overordnet instruks for den sundhedsfaglige dokumentation, som både lå på kommunens system og på Temponizer. Top Partners kunne ikke fremvise en instruks som var tydeligt tilpasset lokalt i forhold til, hvilke aftaler der var for dokumentation mellem hjemmesygeplejen og Top Partners. Instruksen var ikke fuldt implementeret jævnfør fund i journalføringen.

4.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i en journal		X		Den sundhedsfaglige dokumentation blev ikke ført overskueligt og systematisk, idet nogle oplysninger kunne findes i døgnrytmeplanen, eller var tilknyttet enkelte helbredstilstande uden henvisning dertil. Det medførte bl.a., at man skulle lede efter oplysninger, som skulle ligge i den sundhedsfaglige dokumentation, således at man kunne følge et forløb.
5.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige journalføring af patientens aktuelle problemer og risici		X		<p>Det var det den kommunale hjemmesygepleje, som var ansvarlig for, at den sundhedsfaglige dokumentation var fyldestgørende og ført ajour, herunder at patienternes aktuelle problemområder og risici var vurderet og beskrevet.</p> <p>Top Partners havde ansvar for at observere ændringer i patientens tilstand, herunder at følge op/evaluere og dokumentere på de aktuelle problemområder hos patienten, som de havde fået overdraget fra hjemmesygeplejen.</p> <p>Ved gennemgang af to journaler vedr. vurderingen af den sygeplejefaglige journalføring fremgik følgende:</p> <p>I begge stikprøver manglede en tydeligere beskrivelse af patienternes svingende evne til ADL samt, hvordan det kom til udtryk. Nogle oplysninger fremgik af besøgsplanen, men der var ingen henvisning dertil.</p> <p>I begge stikprøver manglede en beskrivelse af patientens funktionsnedsættelse relateret til bevægeapparatet - eksempelvis var gangdistance og mobilitet ikke beskrevet hos en patient med muskelatrofi.</p>

					<p>I en stikprøve hvor patienten havde et ernæringsproblem manglede beskrivelse af mål for patientens vægt.</p> <p>I en stikprøve hvor patienten havde hudcancer manglede en beskrivelse heraf samt beskrivelse af decubitus og blå mærker.</p> <p>I samme stikprøve manglede en fyldestgørende beskrivelse af patientens problemer/nedsatte evne til sproglig kommunikation.</p> <p>I stikprøverne manglede en uddybning af, hvordan patienternes henholdsvis psykose og adfærdsforstyrrelse kom til udtryk i forhold til udadreagerende adfærd, hvad der eksempelvis trigger patienten.</p> <p>I en stikprøve manglede en tydeligere beskrivelse af, hvor patienten havde ødemer.</p> <p>I begge stikprøver havde patienterne mentale og kognitive funktionsnedsættelser, men det var ikke beskrevet hvordan det kom til udtryk i forhold til eksempelvis sygdomsindsigt eller relationer til familie.</p> <p>I en stikprøve hvor patienten var i behandling for obstipation med flere afføringsmidler både til fast og pn brug var patients normale afføringsmønster ikke beskrevet.</p> <p>Ved tilsynet kunne der redegøres for ovennævnte mangler. Ligeledes kunne nogle oplysninger fremsøges i døgnrytmeplanen uden at der var henvisning hertil.</p> <p>Top Partners havde ikke efterspurgt de manglende oplysninger.</p>
--	--	--	--	--	---

6.	Gennemgang af sundhedsfaglige dokumentation vedr. oversigt over patienters sygdomme, funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge		X		<p>I begge stikprøver var der mangler i oversigten over patientens sygdomme og funktionsnedsættelser eksempelvis vandladningsbesvær, muskelatrofi i ben, risiko for caries, risiko for delir ved søvnmangel, cirkulations problemer, udadreagerende adfærd, hudcancer samt søvnløshed.</p> <p>Det var generelt kommunens hjemmesygepleje, som var ansvarlig for oplysningerne om patientens sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlige læger.</p> <p>Top Partners havde ikke efterspurgt de manglende oplysninger.</p>
7.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuell pleje og behandling, opfølgning og evaluering		X		<p>Top Partners havde ansvar for, at kontakte hjemmesygeplejen, hvis der var ændringer i patientens tilstand eller andet, som var relevant for pleje og behandling.</p> <p>I en af to stikprøver var patientens vægtskema ikke opdateret siden 2024, og der var ikke taget stilling til om patienten fortsat skulle vejes.</p> <p>Der kunne ved tilsynet ikke fremvise dokumentation for opfølgning på sår på ryg eller øvrige hudproblemer, så det var uvist hvordan status var.</p> <p>Der manglede dokumentation på virkning af antipsykotisk medicin samt effekt af f.eks. behandling for obstipation</p>

Medicinhåndtering

Nummer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
--------	-----------	---------	--------------	--------------	---------------------

8.	Gennemgang af og interview om instruks for medicinhandling		X		<p>Top Partners administrerede medicin, der var dispenseret af den kommunale hjemmesygepleje og administrerede ligeledes ikke-dispenserbart medicin til patienterne. Ved udlevering af pn-medicin skulle hjemmesygeplejen kontaktes.</p> <p>I instruksen for medicinhandling var det ikke tydeligt beskrevet, at pn-medicin kun måtte være om hældt fra originalemballagen i 4 uger.</p> <p>Medarbejderne fulgte desuden ikke medicininstruksen jævnfør medicinfund.</p>
9.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste		X		<p>Slagelse Kommune havde ansvar for at medicinlisten var ført entydig og systematisk, herunder at sikre aktuelle handelsnavn på alle præparater.</p> <p>I begge stikprøver fremgik præparatets aktuelle handelsnavn ikke for fem præparater.</p> <p>I den ene stikprøve blev medicinlisten ikke ført systematisk og entydigt, idet medicinsk tandpasta fremgik 3 gange på medicinlisten både under andre dispenseringsformer og selvadministrerende medicin. Desuden fremgik et præparat mod svamp, hvor behandlingen var afsluttet stadig på medicinlisten.</p> <p>Top Partners havde ikke kontaktet Slagelse Kommune vedrørende manglende entydighed og systematik.</p>
10.	Gennemgang af medicinbeholdning		X		<p>I en af to stikprøver manglede der i fire dosetter i doseringsæsken en tablet mod søvnløshed. Fejlen blev rettet med det samme. Desuden blev det oplyst, at fejlen ville være blevet opdaget ved optælling af medicinen inden udlevering.</p>

					<p>I begge stikprøver var der i flere tilfælde ikke kvitteret for administreret ikke-dispenserbart medicin f.eks. var der ikke kvitteret for smeltetablet Olanzapin i 4 dage ud af 7 dage.</p> <p>I en af to stikprøver var den dispenseret pn. medicin ikke mærket med den korrekte udløbsdato på 4 uger efter om hældning fra originalpakningen.</p> <p>Desuden var pn. medicinen hældt op i enkeltdoser henholdsvis morgen, middag, aften og nat i en dagsdoseringsæske med påtrykt dag, middag, aften og nat på siden af æsken – på låget af æsken var påsat en label med "pn-medicin".</p> <p>I den anden stikprøve manglede patientens navn og personnummer på et vitaminpræparat.</p> <p>I en af to stikprøver var aktuel medicin ikke opbevaret adskilt fra ikke-aktuel medicin vedr. øjendråber, som stod på en reol med aktuel medicin.</p> <p>I en af to stikprøver var holdbarhedsdatoen for mundswabs og urinstiks overskredet med henholdsvis to måneder og et år. Det blev oplyst, at det var uklart om det var Hjemmesygeplejen eller Top Partners, der havde ansvaret for gennemgang af de sundhedsfaglige produkter hos patienten. Imidlertid havde Top Partners ikke gjort de respektive hjemmesygeplejersker opmærksomme på ovennævnte mangler.</p>
--	--	--	--	--	---

Patienters retsstilling

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
11.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	X			

Hygiejne

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.	Interview om procedurer for hygiejne og smitsomme sygdomme	X			

Øvrige fund

Num mer	Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici			X	

4. Baggrundsoplysninger

Oplysninger om behandlingsstedet

- Top Partners er en privat leverandør i Slagelse, som har kontrakt med Slagelse Kommune.
- Top Partners er organiseret med flere underenheder: Center for Familie Sundhed og Top Fritvalg. Pia Larsen er leder og ejer.
- Top Partners Fritvalgsafdeling har ca. 750 borgere, der modtager praktisk hjælp efter SEL §83. Desuden har de et antal varierende opgaver, hvor borgeren modtager mere end 20 timers SEL § 83 og mindst 4 timers § 85 pr. uge. – Pt. har de 9 borgere samt tre mindre opgaver, hvor borger modtager få timers SEL § 83 og § 85 ugentligt.
- Målgruppen er foruden disse borgere, private borgere der ønsker privat rengøring.
- Der er ansat ca. 250 medarbejdere (ca. 80 årsværk) fordelt på sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælpere, terapeuter, pædagoger, ufaglærte, timelønnede.
- Slagelse kommune har udliciteret to døgndækkede opgaver til Top Partners i april 2025. Slagelse Kommune stiller lokaliteter til rådighed for disse borgere, der modtager § 83 i en døgnramme.
- Vagterne er fordelt med to medarbejdere i hvert vagt: Sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælpere, terapeuter, pædagoger, pædagogiske assistenter, ufaglærte, timelønnede. Alle stillinger er besat.
- Top Partners samarbejder herudover med andre kommuner og regioner. De varetager ikke komplekse sundhedsfaglige opgaver.
- Fælles for alle ansatte og vikarer er, at de har været igennem sidemandsoplæring til opgaverne i det eller de hjem, hvor de skal varetage sundhedsfaglige ydelser.
- De sundhedsfaglige opgaver kan eksempelvis være medicinhåndtering, herunder ikke dispenserbare præparater og pn-medicin, sondeernæring samt administration af medicin i fast kanyle.
- Der tilbydes løbende undervisning både i udvalgte og borgerspecifikke emner.
- De sundhedsfaglige instrukser er overordnet gældende for alle medarbejdere, når de varetager sundhedsfaglige opgaver.
- Instrukserne er tilgængelige elektronisk.
- Medarbejderne fører som udgangspunkt journal i virksomhedens eget journalsystem, men ved enkelte opgaver, får de adgang til kommunens journalsystem.
- Top Partners benytter journalsystemet Nexus. Systemet tilgås via Slagelse Kommunes nexusadgang.

Begrundelse for tilsyn

- Tilsynet var et reaktivt - udgående tilsyn på baggrund af en bekymringshenvendelse.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for bosteder 2025 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået to journaler, som blev udvalgt på tilsynsbesøget

- Der blev gennemgået medicin for begge borgere

Ved tilsynet og den afsluttende opsamling deltog:

- Pia Larsen, CEO og ejer
- Jeanette Buhl- Madsen, leder af Top Pleje i Top Partners
- En udviklingskonsulent, CFFS/ Top Partners
- En udviklingssygeplejerske for Hjemme-og Sygeplejen
- En hjemmesygeplejerske
- En social-og sundhedsassistent, Hjemmeplejen

Tilsynet blev foretaget af:

- Helle Lerche Nordlund, oversygeplejerske
- Annemarie Rohrberg, oversygeplejerske

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Information om lovgrundlaget for tilsynet samt information om tilsynets formål, baggrund, forløb og vurdering findes på vores hjemmeside www.stps.dk under *Lovgrundlag og generelle oplysninger*.