



Tilsynsrapport Verdishave

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

**Verdishave
Tartinisvej 31**

2450 København SV

CVR- eller P-nummer: 1003256560

Dato for tilsynet: 22-10-2018

**Tilsynet blev foretaget af: Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-8/1**

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Iben Børgesen er forstander på Verdishave Plejecenter, hvor der er 70 boliger. Boligerne er delt op i syv grupper. Tre afdelingssygeplejersker har den daglige ledelse, således at de har ledelsesansvar for to eller tre grupper
- Hver enkelt gruppe har egen fælles opholdsrum og thekøkken. Måltiderne bliver indtaget i fælles opholdsrum eller på borgernes egne stuer. Maden laves i eget produktionskøkken
- I stueetagen på Verdishave er en stor aktivitetsafdeling og en fysio/ergoeterapi, hvor der dagligt er aktiviteter og træning for alle borgerne på Verdishave. Desuden er der en stor sansehave med lysthus, som grænser op til offentlige grønne arealer
- På Verdishave er der ansat følgende faggrupper: Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere, rengøringsassistenter, ernæringsassistenter, ergoterapeut, fysioterapeut, aktivitetsmedarbejdere, servicetekniker.
- I aftenvagter er der otte ansatte på arbejde inkl. to sygeplejersker. Derudover har man for nylig ansat tre "korte" aftenvagter for at styrke personaleressourcerne om eftermiddagen og omkring aftenmåltidet. I nattevagten er der to på arbejde med mulighed for at tilkalde sygeplejerske fra den kommunale hjemmesygepleje
- På Verdishave har man for nyligt implementeret nyt journalføringsystem og FS3
- Værdigrundlaget på Verdishave er at skabe gode oplevelser, at tage personligt ansvar og dele viden.

Om tilsynet

- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev gennemgået tre borgerjournaler sammen med medarbejdere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - centerleder Iben Børgesen samt afdelingsledere og en sundhedsfaglig konsulent fra Københavns Kommune
- Der blev foretaget interview med fire medarbejdere
- Observation blev foretaget og bestod af deltagelse i frokost med borgere i to forskellige grupper
- Afsluttende opsamling blev givet til centerleder Iben Børgesen samt afdelingsledere og en sundhedsfaglig konsulent fra Københavns Kommune
- Tilsynet blev foretaget af tilsynskonsulenter Susanne Jensen og Trine Gisselmann.

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

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

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 22. oktober 2018 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev fundet, at alle målepunkter var opfyldt. Plejeenheden fremstod velorganiseret med gode procedurer og systematik. Plejeenhedens ledelse samt personale var kompetente.

På baggrund af observationer, interview og journalgennemgang er det blevet vurderet, at plejeenheden har den fornødne kvalitet.

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

1. Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at ledelsen redegjorde for, at de arbejdede systematisk med at sikre borgernes selvbestemmelse og livskvalitet.

Ved samtale med borgerne blev der givet udtryk for, at de selv kunne indrette sig ud fra interesser og døgnrytme, og at de kunne deltage i de aktiviteter, de havde lyst til.

Borgerne oplevede episoder, hvor de skulle vente længe på plejepersonalet, hvis de havde behov for hjælp ud over det planlagte. I sådanne situationer beskrev både personale og borgere, at man lavede aftaler med hinanden. Borgerne gav udtryk for, at personalet havde meget travlt.

Københavns Kommune har en måltidspolitik, som blandt andet betyder, at produktionskøkkener skal anvende en vis procentdel økologiske råvarer samt årstidens grøntsager. Denne politik har borgerne på plejeenheden ingen direkte indflydelse på, og to borgere gav udtryk for, at dette begrænsede deres muligheder for at få den kost, de ønskede.

2. Trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved interview med medarbejdere og ledelse blev beskrevet, at der blev taget udgangspunkt i borgernes livshistorie, og at tilgangen til borgerne tog udgangspunkt i den enkelte.

Borgerne gav ved interviewet, udtryk for, at de kunne få hjælp til at leve det liv, de selv ønsker. Både ledelse, medarbejdere og borgere gav udtryk for, at man på plejeenheden var meget imødekommende og rummelig over for pårørende.

Borgerne oplevede, at der var en god tone og adfærd på stedet, og den enkeltes ønsker og behov blev respekteret.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at personalet og ledelsen kunne redegøre for en socialpædagogisk tilgang og arbejdsgange i forbindelse med forebyggelse af magtanvendelse. Dette var tydeligt i en observationssituation omkring måltidet.

Borgerne var ikke i en bestemt målgruppe, men mange borgere havde kognitive funktionsnedsættelser. Ved gennemgang af dokumentationen var der gode beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje hos borgerne, hvor der var taget højde for den enkeltes behov og ønsker.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at der var fokus på udvikling af kompetencer og tværfaglig samarbejde i organisationen. Plejeenheden bar præg af de mange forskellige fagligheder, og deres forståelse for at udnytte hinandens kompetencer var tydelig.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at dokumentationen levede op til den fornødne kvalitet. Der var dog et udviklingspotentiale i forhold til at dokumentere mere entydigt og systematisk, således at det på tværs af faggrupper bliver mere tydeligt hvilke mål, der bliver arbejdet med.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at der var daglige aktiviteter og borgerne havde medindflydelse på udvalget af aktiviteter. De interviewede beboere udtrykte stor tilfredshed med aktiviteterne.

Plejeenhedens ergoterapeut og to aktivitetsmedarbejdere var en integreret del af hverdagen i forbindelse med aktiviteter og træning. Der var et godt samarbejde med fysioterapeuten på stedet, som varetog træning efter servicelovens § 86, og der var adgang til træningscenteret alle dage for borgerne.

3. Fund ved tilsynet

Tema 1: Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder en værdig død

1.1 Borgernes selvbestemmelse og livskvalitet

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren oplever selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. | x | | | |
| B | At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at bevare og fremme de enkelte borgers livsudfoldelse, herunder selvbestemmelse, medindflydelse og livskvalitet. | x | | | |
| C | At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de arbejder med at bevare og fremme borgernes selvbestemmelse og medindflydelse samt inddrager dem i det omfang, det er muligt. | x | | | |
| D | At der er beskrivelser af borgernes vaner og ønsker. | x | | | |
| E | At selvbestemmelse og værdighed bliver understøttet af tone, adfærd og kultur i plejeenheden. | x | | | |

1.2 Pleje af borgere ved livets afslutning

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren oplever tryghed ved at tale med medarbejderne om borgerens ønsker til livets afslutning. | x | | | |
| B | B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgerens ønsker til livets afslutning bliver indhentet og om muligt imødekommet. | x | | | |
| | B2. At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de fornødne kompetencer i forhold til pleje af borgere ved livets afslutning. | x | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| C | C1. At relevante medarbejdere kan redegøre for udførelse af pleje af borgere ved livets afslutning. | x | | | |
| | C2. At medarbejdere kan redegøre for, hvordan de fremfinder borgernes ønsker til livets afslutning. | x | | | |

Tema 2: Borgernes trivsel og relationer

2.1 Borgernes trivsel og relationer

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | A1. At borgeren - så vidt muligt - oplever at få hjælp til at kunne leve det liv, som borgeren ønsker | x | | | |
| | A2. At pårørende oplever at blive inddraget, og at der bliver lyttet til dem i overensstemmelse med borgerens ønsker og behov. | x | | | |
| B | B1. At ledelsen kan redegøre for plejeenhedens arbejde med at understøtte borgernes trivsel | x | | | |
| | B2. At ledelsen kan redegøre for, at plejeenheden understøtter borgernes relationer, herunder inddragelse af og samarbejde med pårørende, samt borgernes deltagelse i det omgivende samfund, hvis borgerne ønsker det. | x | | | |
| C | C1. At medarbejdernes beskrivelse af praksis afspejler, at de inddrager borgerne og tager udgangspunkt i borgernes behov og ønsker for udførelsen af omsorgen og plejen. | x | | | |
| | C2. At medarbejderne kan redegøre for, hvordan de understøtter borgernes tilknytning til deres eventuelle pårørende og det omgivende samfund. | x | | | |
| D | At eventuelle aftaler indgået med de pårørende eller nære relationer er dokumenteret. | x | | | |

Tema 3: Målgrupper og metoder

3.1 Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, psykisk sygdom og/eller misbrug

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug og eventuelt pårørende oplever, at den hjælp, omsorg og pleje, borgeren modtager, tager højde for borgerens særlige behov. | x | | | |
| B | At ledelsen kan redegøre for, hvilke faglige metoder og arbejdsgange plejeenheden anvender til at tilrettelægge hjælp, omsorg og pleje til borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug efter borgernes særlige behov. | x | | | |
| C | At medarbejderne kender og anvender de ovennævnte metoder og arbejdsgange til hjælp, omsorg og pleje af borgere med kognitive funktionsnedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug. | x | | | |
| D | At der hos borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug forefindes beskrivelser af hjælp, omsorg og pleje af borgeren i relevante situationer. | x | | | |
| E | At borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger, og at det afspejles i tone, adfærd og kultur. | x | | | |

3.2 Forebyggelse af magtanvendelse

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At ledelsen kan redegøre for, hvilke metoder og arbejdsgange plejeenheden inddrager i deres indsats for at understøtte, at magtanvendelse så vidt muligt undgås. | x | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| B | At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens faglige metoder og arbejdsgange for forebyggelse af magtanvendelse. | x | | | |
| C | At der hos borgere, hvor det er relevant, er en beskrivelse af, hvilke faglige metoder og arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse. | x | | | |

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at medarbejderne er opmærksomme på ændringer i borgerens sædvanlige tilstand. | x | | | |
| B | At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber. | x | | | |
| C | At medarbejderne kender og arbejder systematisk med opsporing af og opfølgning på ændringer i borgernes fysiske og psykiske funktionsevne samt helbredstilstand, herunder brug af arbejdsgange, faglige metoder og redskaber. | x | | | |
| D | At ændringer i borgerens fysiske og/eller psykiske funktionsevne og helbredstilstand samt opfølgning her på fremgår af dokumentationen. | x | | | |

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at hjælp, omsorg og pleje til borgeren er rettet mod forebyggelse af uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. | x | | | |
| B | At ledelsen kan gøre rede for plejeenhedens arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for uplanlagt væggtab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. | x | | | |
| C | At medarbejderne kender og følger ledelsens fastlagte arbejdsgange og faglige metoder for hjælp, omsorg og pleje til borgere i risiko for up- | x | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| | lanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne. | | | | |
| D | At social- og plejefaglige indsatser med henblik på forebyggelse uplanlagt vægttab, tryksår, fald, dehydrering, inkontinens og dårlig mundhygiejne er beskrevet. | 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 At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenhedens organisering understøtter plejeenhedens kerneopgaver | x | | | |
| | A.2 At ledelsen kan redegøre for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver, herunder hvordan der bliver arbejdet med rekruttering og introduktion af nye medarbejdere | x | | | |
| | A.3 At ledelsen kan redegøre for ansvars- og opgavefordeling blandt medarbejderne, herunder for elever/studerende samt vikarer. | x | | | |
| B | At medarbejderne kender og følger ansvars- og opgavefordelingen. | x | | | |

Tema 5: Procedurer og dokumentation

5.1 Plejeenhedens dokumentationspraksis

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | A.1 At ledelsen har fastlagt en praksis for den social- og plejefaglige dokumentation, herunder hvornår, hvor og hvordan der skal dokumenteres, samt hvordan viden bliver delt mellem medarbejderne | x | | | |
| | A.2 At ledelsen kan redegøre for, hvordan dokumentationspraksis understøtter sammenhængende social- og plejefaglig indsats. | x | | | |
| B | At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation. | x | | | |
| C | C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, | x | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| | praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger | | | | |
| | C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsatser er beskrevet | X | | | |
| | C.3 At borgerens mål for personlig og praktisk hjælp samt rehabiliteringsforløb er dokumenteret | X | | | |
| | C.4 At afvigelser fra de social- og plejefaglige indsatser er dokumenterede. | X | | | |

Tema 6: Aktiviteter og rehabilitering

6.1 Borgere med behov for rehabiliteringsforløb efter § 83a og hjælp med rehabiliterende sigte efter § 83

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| A | A1. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de bliver inddraget i at fastsætte mål for rehabiliteringsforløbet | X | | | |
| | A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. | X | | | |
| B | B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål | X | | | |
| | B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. | X | | | |
| C | At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. | X | | | |
| D | D1. At der ved opstart af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en individuel og konkret vurdering, som tager udgangspunkt i borgerens ressourcer, ønsker, behov og egne mål | | | X | Personalet redegjorte for, at ingen borgere var i et rehabiliteringsforløb. |
| | D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet | | | X | |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|--|
| | D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne | | | X | |
| | D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte. | | | X | |

6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet | X | | | |
| B | At ledelsen kan redegøre for, hvordan genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløb bliver tilrettelagt og udført helhedsorienteret og tværfagligt, herunder at der bliver sat mål for de enkelte borgers forløb. | X | | | |
| C | At medarbejderne kan redegøre for målene for genoptrænings- og vedligeholdelsesforløbene hos relevante borgere, og hvordan de - hos disse borgere - inddrager træningselementer og -aktiviteter i den daglige hjælp, pleje og omsorg. | X | | | |
| D | D1. At der ved genoptræning og vedligeholdelsestræning er dokumenteret et formål med borgerens forløb | X | | | |
| | D2. At ændringer i forhold til borgerens forløb løbende er dokumenteret. | X | | | |

6.3 Tilbud om aktiviteter til borgere

| Målepunkt | | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt | Fund og kommentarer |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|--------------|---------------------|
| A | A1. At borgeren og eventuelt pårørende har haft en samtale med medarbejdere i plejeenheden om, hvilke aktiviteter der er meningsfulde for dem | X | | | |
| | A2. At borgeren oplever at have mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter. | X | | | |

| | | | | | |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| B | At ledelsen kan redegøre for, hvordan borgere tilknyttet plejeenheden og eventuelt pårørende bliver inddraget i og motiveres til at deltage i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte borger. | x | | | |
| C | <p>C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter</p> <p>C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter.</p> | x | | | |

4. Begrundelse for tilsynet

I satspuljeaftalen for 2018-2021 blev der indgået en aftale om, at Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. juli 2018 skal føre et risikobaseret tilsyn med den social- og plejefaglige indsats på plejecentre, midlertidige pladser og hjemmeplejeenheder efter servicelovens §§ 83-87 i en forsøgsperiode på fire år¹.

Formålet med tilsynet er at styrke det social- og plejefaglige tilsyn på ældreområdet samt vurdere om den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, den enkelte plejeenhed yder, har den fornødne kvalitet. Formålet er også at bidrage til læring i forhold til den social- og plejefaglige hjælp, omsorg og pleje, der ydes i de enkelte plejeenheder.

I bekendtgørelsen² er der fastlagt følgende seks temaer, som tilsynet skal omfatte i forhold til at afdække den fornødne kvalitet i den social- og plejefaglige indsats:

- Selvbestemmelse og livskvalitet, herunder værdig død
- Trivsel og relationer
- Målgrupper og metoder
- Organisation, ledelse og kompetencer
- Procedurer og dokumentation
- Aktiviteter og rehabilitering

På baggrund af de seks temaer, er der udarbejdet 12 målepunkter, som repræsenterer vigtige risikotemaer i forhold til at vurdere den fornødne kvalitet.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er plejeenheden, der er genstand for tilsynet. Eventuelle fejl og mangler bliver anskuet ud fra et organisatorisk synspunkt.

Uddybning af målepunkter samt referencer ligger på styrelsens hjemmeside på dette link:

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

¹¹ <https://www.regeringen.dk/media/4365/satspuljeaftaletekst-paa-aeldreomraadet.pdf>

² Bekendtgørelse nr. 652 af 25. maj 2018 om Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med ældreplejen

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

- Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Større problemer af betydning for den fornødne kvalitet
- Kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet

Styrelsens kategorisering sker på baggrund af en samlet vurdering af den fornødne kvalitet med konkret afsæt i de målepunkter, der er gennemgået. Der er i vurderingen lagt vægt på både opfyldte og uopfyldte målepunkter. Styrelsens vurdering er baseret på de forhold, der var til stede ved det aktuelle tilsyn i forbindelse med de gennemførte interviews med borgere, pårørende, ledelse og medarbejdere samt de foretagne stikprøver af borgeres omsorgsjournaler.

Styrelsen for Patientsikkerhed har forskellige sanktionsmuligheder afhængigt af kategoriseringen for den enkelte plejeenhed.

Hvis der konstateres mindre problemer af betydning for den fornødne kvalitet, har styrelsen mulighed for at reagere ved at give en henstilling til plejeenheden om eksempelvis at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan plejeenheden vil følge op på uopfyldte målepunkter. Hvis der konstateres større problemer af betydning for den fornødne kvalitet, får plejeenheden et påbud om at opfylde et eller flere krav. Hvis der konstateres kritiske problemer af betydning for den fornødne kvalitet, gives der påbud om, at plejeenheden helt eller delvist skal indstille virksomheden.

Hvis styrelsen bliver opmærksom på mangler efter sundhedsloven eller anden lovgivning, kan styrelsen give informationen videre til de relevante tilsynsmyndigheder.