



Ældretilsynet Tilsynsrapport Plejecenter Langgadehus

Planlagt tilsyn med ældreplejen efter servicelovens §§ 83-87

**Plejecenter Langgadehus
Valby Langgade 97**

2500 Valby

CVR- eller P-nummer: 1006874354

Dato for tilsynet: 09-05-2019

**Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 5-9514-199/1**

1. Relevante oplysninger

Oplysninger om plejeenheden

- Plejecenter Langgadehus er et selvejende plejecenter med driftsoverenskomst med Københavns Kommune
- På plejeenheden bor der 72 borgere fordelt på tre afdelinger. De tre afdelinger er opdelt i hver to afsnit
- Barbara Lisemose er plejehjemsleder. Ledelsen består derudover af tre afdelingsledere, en ledende økonom og en kvalitet-og udviklingssygeplejerske
- Alle etager har fælles opholdsrum/køkken, og der er en stor fælles terrasse i stueetagen
- Målgruppen på plejeenheden er ældre borgere med både somatiske, psykiske og kognitive funktionsevnedssættelser
- På Langgadehus er der ansat sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, social-og sundhedshjælpere, pædagoger og en aktivitetsmedarbejder, som er social-og sundhedsassistent
- Langgadehus har etableret klippekortsordning, hvilket giver mulighed for ekstra fokus på aktiviteter
- Plejeenheden har tilknyttet faste plejehjemsleger.

Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev foretaget interview med ledelsen
 - Forstander Barbara Lisemose
 - Kvalitet-og udviklingssygeplejerske og de tre afdelingsledere på plejeenheden
- Der blev foretaget interview med seks medarbejdere
 - Sygeplejersker og social-og sundhedsassistenter
- Der blev foretaget observation ved deltagelse i frokosten
- Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til forstander Barbara Lisemose, kvalitet-og udviklingssygeplejerske og de tre afdelingsledere
- Tilsynet blev foretaget af Trine Gisselmann og Anne Sophie Laage

2. Vurdering og sammenfatning

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i partshøringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. De er skrevet ind i rapporten, men giver ikke anledning til ændringer i vurderingen efter tilsyn.

Styrelsen afslutter dermed tilsynet.

Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget den 9. maj 2019 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.

Styrelsen har vurderet, at der ingen problemer er af betydning for den fornødne kvalitet, idet det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte.

På baggrund af tilsynet fremstod plejeenheden velorganiseret med gode procedurer, og personalet havde stor viden i forhold til plejeenhedens kerneopgaver. Den social- og plejefaglige dokumentation fremstod systematisk og overskuelig i journalsystemet og bidrog til at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats over for den enkelte borger.

På baggrund af observationer, interview samt gennemgang af den social-og plejefaglige dokumentation fandt styrelsen, at der i plejeenheden ingen problemer var af betydning for 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 der ved journalgennemgang var grundige og udførlige beskrivelser af borgernes vaner og ønsker.

Borgerne gav ved samtale udtryk for at opleve selvbestemmelse, indflydelse og medinddragelse i eget liv. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at der blev afholdt indflytningsamtaler med udgangspunkt i generelle oplysninger og livshistorie.

Plejeenheden afholdt velkomstmøder, kvartalsmøder og madmøder, hvor blandt andet specielle ønsker til madplanen blev drøftet. Kvartalsmøderne var en del af beboerdemokratiet, hvor hver afdeling drøftede hverdagen og ønsker til ændringer. Plejeenheden arbejdede med beboerdemokrati, hvilket blandt andet blev praktiseret i et bruger/pårørende råd. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tog individuelle hensyn og imødekom borgerens individuelle ønsker.

Medarbejdere og ledelse redegjorde for, hvordan de arbejdede fokuseret med at sikre borgerne værdighed i den sidste tid og ved livets afslutning. Eksempelvis var borgernes ønsker til livets afslutning dokumenteret, og medarbejderne havde stor viden om emnet. Plejeenheden havde i efteråret 2018 haft alle medarbejdere med på temadag om palliation, og der var tæt samarbejde med vågetjenesten. Borgerne gav ligeledes ved interview udtryk for, at de oplevede tryk ved at tale med medarbejderne om livets afslutning.

2. Borgernes trivsel og relationer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at borgerne ved interview fortalte, at de oplevede at få den hjælp, de selv ønskede, og at det også blev respekteret, hvis de ikke ønskede at deltage i arrangementer og træning. Borgerne gav udtryk for, at de oplevede, at der var en god tone og adfærd på plejeenheden, og at den enkeltes ønsker og behov blev respekteret. Dette fremgik også ved tilsynets observationer.

Plejeenheden søgte jævnligt midler til aktiviteter, og der var faste frivillige tilknyttet til plejeenheden. Der var desuden en fast tilknyttet aktivitetsmedarbejder på plejeenheden, som var tovholder for forskellige aktiviteter i huset, og plejeenheden havde egen bus til udflugter ud af huset. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden understøttede den enkelte borgers trivsel og relationer til pårørende og det omgivende samfund.

Der blev ved tilsynet ikke foretaget interview med pårørende.

3. Målgrupper og metoder

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. Ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik det, at plejeenheden arbejdede systematisk med faglige arbejdsmetoder og arbejdsgange. Blandt andet blev der arbejdet med *Kitwood* i forhold til borgere med kognitive funktionsnedsættelser, herunder demens. Der blev udarbejdet socialpædagogiske handleplaner, og plejeenheden benyttede mulighed for sparring og vejledning personalet imellem. Plejeenheden havde en medarbejder med specialviden om demens og derudover seks demensvejledere. Alle medarbejdere skulle igennem et demensundervisningsforløb.

Medarbejderne udtrykte ved interview, at de havde gode kompetencer til at motivere borgerne og dermed også forebygge magtanvendelse. Socialpædagogiske handleplaner blev benyttet for at forebygge magtanvendelse, og der blev udarbejdet handlingsanvisninger og givet mundtlig overlevering ved udfordringer i forhold til udadreagerende borgere.

Plejeenheden arbejdede systematisk med, at der i hverdagen blev observeret og fulgt op på tegn på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand. Der var blandt andet tværfaglige konferencer hver måned samt morgen- og formiddagsmøder dagligt. Plejeenheden arbejdede desuden løbende med *Forbedringsindsatsen* og *PDSA* metoden med fokus på gode arbejdsgange. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede systematisk med opsporing i forhold til forandringer hos borgerne. For eksempel blev alle borgere systematisk ernæringscreenet.

Plejeenheden havde kontaktpersonordning, hvilket sikrede kontinuitet i plejen af borgerne. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden benyttede relevante faglige metoder og arbejdsgange for, at sikre den fornødne kvalitet af hjælp, omsorg og pleje i plejeenheden.

Der var ved tilsynet ikke borgere, hvor der aktuelt blev arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse, og der blev ikke foretaget interview af pårørende, hvorfor det er noteret som uaktuelt i afsnit 3.

4. Organisation, ledelse og kompetencer

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det i interview med ledelse fremgik, at medarbejderne havde de nødvendige kompetencer til at varetage plejeenhedens kerneopgaver. Plejeenheden havde eget afløserkorps, som så vidt muligt blev anvendt. Eksternt vikarbureau blev anvendt, når der ikke var andre muligheder. Disse vikarer blev instrueret i arbejdsplaner og fik vikarkoder til omsorgsjournalen.

Der var overlap på 15 minutter mellem alle vagter, således at viden og informationer blev delt på tværs af døgnet. Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens organisering understøttede plejeenhedens kerneopgaver, og at der var en tydelighed omkring medarbejdernes ansvars- og kompetenceforhold samt klar ledelse, som fremstod som rollemodel for medarbejderne. Det var prioriteret at ansætte flere social- og sundhedsassistenter frem for social- og sundhedshjælpere for at øge fagligheden i plejen af den komplekse ældre borgere.

5. Procedurer og dokumentation

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved journalgennemgang fremgik, at der var klare og grundige beskrivelser af borgernes ressourcer og begrænsninger, borgernes behov for hjælp samt borgernes mål for hjælpen. Alle medarbejdere og vikarer havde adgang til dokumentationssystemet, og hver morgen blev borgerne gennemgået i omsorgsjournalen. Plejeenheden havde uddannet superbrugere i dokumentationssystemet, som havde ansvar for sidemandsoplæring, og løbende undervisning samt sparring i forhold til dokumentationen. Det er styrelsens vurdering, at plejeenhedens dokumentationspraksis understøttede en sammenhængende social- og plejefaglig indsats.

6. Aktiviteter og rehabilitering

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at det ved interview med ledelse og medarbejdere fremgik, at plejeenheden arbejdede tværfagligt, og at der i høj grad var mulighed for, at borgerne kunne deltage i aktiviteter.

Der var et godt og tæt samarbejde med træningsenheden og med privatpraktiserende fysioterapeuter. Plejeenheden havde tværfaglige konferencer med fysioterapeuten og ergoterapeuten en gang om måneden. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden arbejdede med rehabilitering og træning til borgere, så disse fik mulighed for at forbedre funktionsevnen, samt at plejeenheden inddrog borgeren til at deltage i meningsfulde aktiviteter.

Der var på plejeenheden ikke borgere visiteret til tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb jævnfør § 83a, hvorfor det er noteret som uaktuelt i afsnit 3. De borgere, der blev interviewet kunne ikke give udtryk for målsætning om personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte, hvorfor det ligeledes er noteret som uaktuelt.

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 borgeres 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 funktionsevnenedsættelser (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			X	

	arbejdsgange der hos den konkrete borger kan blive anvendt til at forebygge magtanvendelse				
--	--	--	--	--	--

3.3 Fokus på ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand

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

3.4 Forebyggelse af funktionsevnetab og forringet helbred hos borgere

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

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 indsætter	X			
B	At medarbejderne kender og anvender plejeenhedens praksis for den social- og plejefaglige dokumentation	X			
C	C.1 At borgernes aktuelle ressourcer og udfordringer er beskrevet i forhold til egenomsorg, praktiske opgaver, mobilitet, mentale funktioner, samfundsliv og generelle oplysninger	X			
	C.2 At borgerens behov for hjælp, omsorg og pleje er afdækket, og at afledte social- og plejefaglige indsætter 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 plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål	X			
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte	X			
C	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	
	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	C1. At medarbejderne kender borgernes ønsker og behov for deltagelse i meningsfulde aktiviteter	X			
	C2. At medarbejderne har fokus på, at borgerne bliver understøttet i deres evne til selv at udføre meningsfulde aktiviteter	X			

4. Begrundelse for tilsynet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Vurdering af plejeenheden

På baggrund af tilsynet kategoriseres plejeenhederne i følgende kategorier:

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

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

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

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

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