



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# **Ældretilsynet Tilsynsrapport Center for Demens - Lindehusene – Henrik Pontoppidansvej 2b**

**Center for Demens - Lindehusene – Henrik Pontoppidansvej  
2b**

**2200 København N**

**CVR- eller P-nummer: 1015655441**

**Dato for tilsynet: 27-02-2020**

**Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst  
Sagsnr.: 35-2511-103**

# 1. Relevante oplysninger

---

## Oplysninger om plejeenheden

- Center for demens, Lindehusene er Københavns Kommunes special tilbud til borgere med demens.
- Der er 59 boliger fordelt på to huse. Afdeling A med 27 boliger, her er målgruppen yngre borgere med svær til moderat demens. Afdeling B med 32 boliger, her er målgruppen borgere med svær demens og/eller udadreagerende adfærd. Her ud over har Center for demens, Lindehusene et tilbud om træning og rådgivning for hjemmeboende samt aktivitetscenter for hjemmeboende borgere under 65 med let til moderat demens. Tilsynet er målrettet afdeling A og B.
- Den daglige ledelse varetages af Signe Lillegaard Haldgran, forstander samt fire afdelingsledere.
- Der er ca. 65 medarbejdere ansat i plejen bestående af pædagoger, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter samt sygeplejersker.
- Plejeenheden åbnede i januar 2019. Før dette boede en række af beboerne på et andet københavnsk plejehjem, hvor også en del af personalet var ansat tidligere.

## Om tilsynet

- Der blev gennemgået tre borgerjournaler
- Der blev interviewet tre borgere
- Der blev interviewet en pårørende
- Der blev foretaget interview med ledelsen
  - Signe Lillegaard Haldgran, forstander
  - To afdelingsledere
  - Sundhedsfaglig konsulent Københavns Kommune
  - Uddannelsesansvarlig
  - Sygeplejerske
- Der blev foretaget interview med syv medarbejdere
  - Social- og sundhedsassistenter
  - Social- og sundhedshjælper
  - Sygehjælper
  - Ergoterapeut
  - Sygeplejerske
- Der blev foretaget observation gennem dagen ved ophold i fællesstuer samt deltagelse i frokost.
  - Afsluttende opsamling på tilsynet blev givet til Signe Lillegaard Haldgran, forstander, ledere og medarbejdere
- Tilsynet blev foretaget af Susanne Jensen og Trine Gisselman, tilsynskonsulenter

## 2. Vurdering og sammenfatning

---

### Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har i høringsperioden modtaget ændringer til de faktuelle forhold. Ændringerne er skrevet ind i rapporten, men de giver os ikke anledning til at revidere vores vurdering

Vi afslutter dermed tilsynet.

### Samlet vurdering efter tilsynsbesøg

Styrelsen for Patientsikkerhed har efter tilsynsbesøget 27-02-2020 vurderet, at plejeenheden indplaceres i kategorien:

Ingen problemer af betydning for den fornødne kvalitet

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

Baggrunden herfor er, at det ved tilsynet blev vurderet, at alle målepunkter var opfyldte. Vurderingen af plejeenheden er baseret på de forhold, der er gennemgået ved det aktuelle tilsyn. På baggrund af dette fremstod plejeenheden velorganiseret med gode procedurer og høj grad af systematik, og der blev ikke identificeret problemer 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 plejeenheden havde en fast procedure ved indflytning, herunder tæt samarbejde med pårørende. Ved indflytning blev der holdt samtale og igen fire uger senere. I samtalen indgik borgerens livshistorie, afklaring af vaner og ønsker samt praktiske forhold. I samtalerne indgik tillige beboernes livsønsker herunder også ønsker til den sidste tid.

Personalet brugte den første tid til at lære borgerne at kende, og ved ankomst til plejeenheden var kendt medarbejder fra tidligere opholdssted eller dagtilbud til stede for at lette overgang og overdrage viden. Plejeenheden anså pårørende som en særskilt målgruppe for deres tilbud, og de blev tilbudt samtaler med demensvidensperson vedrørende deres nære pårørende.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde fokus på at sikre en værdig død for borgerne. Beboernes ønsker til døden blev indhentet i situationer, hvor de kunne sætte ord på det, f.eks. når der havde været dødsfald på afdelingen. Personalet var tillige opmærksomme på beboernes kropssprog, hvis de ikke kunne sætte ord på deres oplevelser og ønsker.

Plejeenheden var ved at opstarte kursus i palliation, hvor to udpegede nøglepersoner allerede havde deltaget. Det var planlagt, at 25 medarbejdere fordelt i alle vagtlag, faggrupper og teams skulle deltage, og der skulle efterfølgende videndeles med øvrige medarbejdere.

Ved tilsynsbesøget blev observeret, at personale udviste stor opmærksomhed på beboernes ønsker og selvbestemmelse samtidig med, at deres værdighed blev sikret.

## **2. Borgernes trivsel og relationer**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at der var tæt samarbejde med pårørende. Pårørende var bl.a. en ressource til at få viden om borgere, der ikke altid selv var i stand til at udtrykke sig, grundet kognitive funktionsniveau. De pårørende oplevede, at de blev involveret. Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden sikrede borgernes trivsel. Plejeenheden havde et tæt samarbejde med pårørende og understøttede borgernes tilknytning til pårørende.

## **3. Målgrupper og metoder**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden havde tre fælles indsatsområder: fysisk aktivitet, kognitiv træning og musisk udfoldelse som indgik i alle elementer af dagligdagen.

Ledelse og medarbejdere redegjorde for, at plejen blev tilrettelagt ud fra personcentreret omsorg og "*blomsten*", og alle havde modtaget undervisning i denne tilgang. Der var fokus på, hvilke ressourcer den enkelte borger havde, f.eks. hvis en beboer ikke kunne tåle mange stimuli, ligesom der var fokus på at sikre relationen mellem plejepersonalet og den enkelte beboer. Det blev observeret, at dagen blev tilrettelagt individuelt for den enkelte borger f.eks. ved at servere morgenmad på individuelle tider, opmærksomhed på at tilbyde borger der blev rastløs en gåtur i solskinnet samt mængden af stimuli i fællesrum blev tilpasset de borgere, der aktuelt var i fællesrummet.

Der var udarbejdet socialpædagogiske handleplaner på alle beboere med fokus på at sikre livskvalitet og forebygge magtanvendelse. Der blev afholdt faglig sparringsmøder ugentlig, med afsæt i handleplanerne. En målgruppe for plejeenheden var borgere med udadreagerende adfærd, og plejeenheden havde udarbejdet retningslinjer for vold og trusler mod medarbejdere. Retningslinjerne indeholdt både generelle forebyggelsestiltag relateret til miljøet i afdelingerne, og tiltag til hvordan konkrete situationer skulle håndteres med fokus på forebyggelse af magtanvendelse, samt hvordan personalet skulle agere, hvis der blev behov for at anvende magt i den konkrete situation.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden havde fokus på ændringer i borgernes funktionsevne samt forebyggelse af tab af færdigheder samt forringet helbred. Beboerne blev tilbudt at blive vejret en gang om måneden, og ved behov ernæringsscreenet. Her var tillige fokus på årsagerne til væggtab, f.eks. om beboeren

kunne overskue og koncentrere sig ved måltidet. Der blev tillige afholdt tavlemøde dagligt med fokus på daglige observationer og ændringer både fysisk samt i forhold til udfordringer relateret til beboernes demens.

#### **4. Organisation, ledelse og kompetencer**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenhedens organisering understøttede kerneopgaven.

Plejeafdelingerne havde fælles ressourceplanlægger, der bl.a. skulle sikre, at medarbejder ressourcer blev anvendt på tværs af afdelingerne og reducere forbruget af vikarer. Plejeenheden havde egne vikarer, der alle var oplært i personcentreret omsorg. Personalets vagtplan blev tilpasset borgernes behov med glidende vagtskifte, så der ikke var store skift for beboerne.

Ved ny ansættelser blev der afholdt fælles introduktion for alle faggrupper. Heri indgik også hvordan plejeenheden arbejdede med personcentreret omsorg i praksis.

For at sikre at medarbejdere havde demensviden samt adgang til faglig sparring, var der i plejeenheden to demensvidenspersoner, der gik på tværs samt minimum to demensvejledere på hver afdeling.

#### **5. Procedurer og dokumentation**

Styrelsen har fundet, at målepunktet under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at plejeenheden gennem de seneste måneder havde arbejdet med at sikre, at dokumentationen var opdateret.

Det er styrelsens vurdering, at beskrivelse af beboernes aktuelle ressourcer og udfordringer, samt at social- og plejefaglige indsatser var beskrevet tydeligt, hvilket var særligt vigtigt, da borgerne på baggrund af deres nedsatte kognitive funktionsniveau ikke nødvendigvis selv var i stand til at give udtryk for deres behov for hjælp, og samtidig har behov for fælles tilgang for at udnytte beboernes ressourcer bedst muligt.

#### **6. Aktiviteter og rehabilitering**

Styrelsen har fundet, at alle målepunkter under dette tema var opfyldt. I vurderingen er der lagt vægt på, at træning og hverdagsrehabilitering var integreret i hverdagen. Der var tilknyttet fysio- og ergoterapeuter, der tilrettelagde både gruppe og individuel træning. De opsatte mål for pleje og omsorg indgik i dagligdagen, hvor plejepersonalet arbejdede med hverdagsrehabilitering i forhold til den konkrete borger f.eks. praktiske opgaver som at bære affald ud.

Det er styrelsens vurdering, at plejeenheden tilrettelagde meningsfulde aktiviteter til både grupper samt den enkelte beboere. Der var ansat tværgående aktivitetsmedarbejder, der lavede aktiviteter på tværs. F.eks. ugentlig besøg af vuggestue, dans, sang og stolegymnastik. Der blev tillige arrangeret særskilte arrangementer for de yngre borgere.

Aktiviteter blev anvendt aktivt som forebyggelse af udadreagerende adfærd, og plejepersonalet tilbød f.eks. borgerne spontane gåture, musik og sang alt efter den enkelte beboere. Ved tilsynet blev det observeret, at plejeenheden havde tilbud om gymnastik for medarbejderne i arbejdstiden. Dette foregik på den enkelte etage, hvor terapeut instruerede personale hvor flere beboere deltog ved at observere medarbejderne.

Plejeenheden leverede ikke indsatser efter SEL 83a, hvorfor målepunkter omhandlende dette ikke er relevant.

# 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 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	Det afspejles i tone, adfærd og kultur at borgere med kognitive funktionsevnenedsættelser (herunder demens), psykisk sygdom og/eller misbrug modtager hjælp, omsorg og pleje, der tager højde for deres begrænsninger.	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 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 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, 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 indsats 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 (§83a)			X	
	A2. At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de i vidst mulig omfang bliver inddraget i at fastsætte mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
B	B1. At ledelsen kan redegøre for, hvordan plejeenheden arbejder med at tilrettelægge helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgernes egne mål (§83a)			X	
	B2. At ledelsen kan redegøre for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			
C	At medarbejderne kender og følger ledelsens arbejdsgange for gennemførelsen af helhedsorienterede og tværfaglige rehabiliteringsforløb, som tager udgangspunkt i borgerens egne mål, samt arbejdsgangene for målfastsættelsen for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§§83a og 83)	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 (§83a)			X	
	D2. At der er opsat individuelle mål og en tidsramme for rehabiliteringsforløbet (§83a)			X	
	D3. At der ved afslutning af rehabiliteringsforløb er dokumenteret en beskrivelse af borgerens funktionsevne (§83a)			X	
	D4. At der er fastsat mål for personlig og praktisk hjælp med rehabiliterende sigte (§83)	X			

## 6.2 Borgere med behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning efter § 86

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
A	At borgeren og eventuelt pårørende oplever, at de færdigheder, borgeren har brug for i sine daglige gøremål er en del af genoptrænings- og vedligeholdelsestræningsforløbet	X			
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 år<sup>1</sup>.

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 bekendtgørelsen<sup>2</sup> 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/>

---

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

<sup>2</sup> 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.